

※受理機関名		受理年月日 年 月 日
※精神保健福祉センター收受年月日		年 月 日

居 住 地 等 変 更 届

年 月 日

兵庫県知事様

届出人 住所.....
氏名.....

次のとおり居住地等を変更したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第7条第2項又は第4項の規定により届け出ます。

精神障害者	フリガナ		生年	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
	氏名		月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	住所	〒			
	電話	() -	個人番号		
手帳番号	第 号	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	障害等級	級
種別	<input type="checkbox"/> 他の都道府県の区域からの居住地の変更	<input type="checkbox"/> 氏名の変更		<input type="checkbox"/> 本県の区域内における居住地の変更	
変更の内容	変更前	居住地	氏名		
	変更後	居住地	氏名		
備考					

- (注) 1 「種別」の欄は、該当する□に✓を入れること。
2 精神障害者保健福祉手帳を添付すること。
3 ※印の欄は、記入しないこと。