

※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

〇〇年〇〇月〇〇日

兵庫県知事様

届出人 住所 加東市社50番地
氏名 加東 花子

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	カトウ ハナコ	生年	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和	〇〇年 〇月 〇日									
	氏名	加東 花子	月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和										
	住所	〒673-1431 加東市社50番地												
電話	(0795) 〇〇-〇〇〇	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0
手帳番号	第 1234567 号	有効期間	〇〇年〇月〇日から 〇〇年〇月〇日まで			障害等級	2 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 checked="" 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。