

経由機関受付印	
市町村	判定機関

療育手帳記載事項変更 { 届 報 告 } 書

年 月 日

あて
(市町村長)

届出者
(本人又は保護者)

下記のとおり療育手帳の記載事項に変更が生じたので、療育手帳を添えて届け出ます。

手帳番号及び交付年月日		第 号 < 年 月 日交付 >		
変更前の 掲載事項	本人	ふりがな	生 年 月 日	
		氏 名	年 月 日	
		住 所	個 人 番 号	
	(施設の場合：施設名)			
	保護者	ふりがな		
		氏 名		
住 所				
変更届出事項 該当に○	1 本人	ふりがな	職 業	
		氏 名		
		住 所	(〒 —) (施設の場合：施設名) (電話 — —)	
	2 保護者	ふりがな	生 年 月 日	
		氏 名	男 女 年 月 日	
		続 柄	職 業	
		住 所	(〒 —) (電話 — —)	
	3 写真	4×3cm 脱帽・上半身		
	変 更 の 理 由			
	変更した年月日		年 月 日	
市町村 記入欄				
変更前 所管市町村 ()				
変更後 所管市町村 ()				
上記のとおり療育手帳の記載事項に変更を行ったので報告します。				
群馬県知事 あて 年 月 日				
(心身障害者福祉センター)				
(判定機関経由)				
市福祉事務所長 印 町村長				

注1 本人及び保護者の氏名には必ずふりがなを記入してください。

2 内は市町村が記入してください。