

療育手帳記載事項変更届

年 月 日

福岡県障がい者更生相談所長 殿

届出者氏名 (続柄:)

(記名押印又は署名)

(TEL:)

療育手帳番号	第 号 (年 月 日交付)		
ふりがな 本人氏名		生年月日	年 月 日

変更事項

住所	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 本人及び保護者 援護の実施変更: 無・有 (→) ※町村・福祉事務所にて記入		
氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 本人及び保護者		
電話番号	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 本人及び保護者		
変更日	年 月 日		

変更事項欄にチェックした項目について、「変更前」「変更後」を記入してください。

		変更前	変更後
本人	ふりがな 氏名		
	住所	(〒 -)	(〒 -)
	TEL	()	()
保護者	ふりがな 氏名		
	住所	(〒 -) 続柄:	(〒 -) 続柄:
	TEL	()	()

※変更後の療育手帳の写しを添付してください。