

# 療育手帳記載事項変更届出書

年 月 日

沖縄県知事 殿

(届出者)  
住所 〒

氏名  
本人との続柄  
電話番号

私は、下記のとおり変更したので届け出ます。

記

|      |  |
|------|--|
| 届出事由 | <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 異動日  |  |

変更内容 (変更事項のみ記載してください)

|       |        | 旧 (変更前) |  |  |  |  |  | 新 (変更後)                             |  |  |  |  |  |
|-------|--------|---------|--|--|--|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 手帳所持者 | フリガナ氏名 |         |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |
|       | 住所     | 〒       |  |  |  |  |  | 〒 <input type="checkbox"/> 届出者に同じ   |  |  |  |  |  |
|       | 施設等の名称 |         |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |
|       | 電話番号   |         |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |
|       | 個人番号   |         |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |
| 保護者   | フリガナ氏名 |         |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |
|       | 住所     | 〒       |  |  |  |  |  | 〒 <input type="checkbox"/> 手帳所持者に同じ |  |  |  |  |  |
|       | 生年月日   | 年 月 日   |  |  |  |  |  | 年 月 日                               |  |  |  |  |  |
|       | 電話番号   |         |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |
|       | 続柄     |         |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |

既交付手帳の記載内容

|      |         |       |  |                 |  |
|------|---------|-------|--|-----------------|--|
| 手帳番号 |         | 交付年月日 |  | 障害の程度<br>(総合判定) |  |
| 経由機関 | 市町村長 印  |       |  |                 |  |
|      | 年 月 日受理 |       |  | 年 月 日進達         |  |

(注意事項)

- ※ 個人番号は理由が転入等の場合は記入してください。
- ※ 経由機関においては、個人番号欄に記入誤りがないことを確認の上、欄外に㊦等を表記してください。