

※受理機関名		受理年月日 年 月 日
※精神保健福祉センター収受年月日		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	☐ 大正 ☐ 昭和		年 月 日												
	氏 名		月 日	☐ 平成 ☐ 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	☐ 他の都道府県の区域からの居住地の変更		☐ 氏名の変更			☐ 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。