

療育手帳記載内容変更届

大分県知事 殿

年 月 日

届出者

届出者連絡先 (- -)

療育手帳の記載内容に変更が生じたので、届け出ます。

フリガナ				生年月日	年	月	日	
本人氏名								
手帳番号	大分県	第	号					
個人番号								
変更内容 ※変更のない項目は <input checked="" type="checkbox"/>	本人							
	<input type="checkbox"/>	新住所	(〒 -)					
			(転居年月日: 年 月 日)					
	<input type="checkbox"/>	フリガナ						
	<input type="checkbox"/>	新氏名						
	保護者							
<input type="checkbox"/>	新住所	(〒 -)						
		(転居年月日: 年 月 日)						
<input checked="" type="checkbox"/>	フリガナ		続柄	生年月日	年	月	日	
<input type="checkbox"/>	新氏名							
※備考 (市町村記入欄)								
援護の実施市町村: _____								

【注意事項】

1. 変更のない場合は、各項目の□にチェックをしてください。
2. 届出者は、本人または保護者としてください。
3. 転出し、本県以外の手帳を取得したい場合は、「備考」欄に市町村が確認した経緯を記入してください。
4. 氏名及び住所については、住民基本台帳に登録されている内容を記入してください。

※市町村確認事項(市町村記入欄)	
個人番号	<input type="checkbox"/> 記載あり
療育手帳の写し	有 ・ 無
氏名・住所表記	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳と一致
	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳と異なるため加筆修正(鉛筆書き)