

療育手帳記載事項変更届

年 月 日

茨城県知事殿

2	1	届出者				印
療育手帳の 情報	手帳番号	0 8 第 号		フリガナ	氏 名	名
	生年月日	2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日		氏名		
				変更年月日	平成 年 月 日	
				変更理由		

1 本人の記載事項を変更する内容を記入願います。

本 人	新氏名	フリガナ	氏 名	名
		氏名		
	新住所	都道府県 市郡 町村		
	旧住所	都道府県 市郡 町村		
新電話番号	— —		職業	

2 保護者の記載事項を変更する内容に○又は記入願います。

保 護 者	1 保護者の内容変更 2 保護者の消滅（保護者がいなくなった場合は、保護者の欄は空白にする）					
	新氏名	フリガナ	氏 名	名	生年	大正 平成
		氏名			月日	昭和 年 月 日
	新住所	都道府県 市郡 町村				
	旧住所	都道府県 市郡 町村				
続柄		新電話番号	— —		職業	

3 該当する場合は記入願います。

施設情報	(施設名)	に 入 所 しました。
		に 入所中 です。
		を 退 所 しました。

※1 市記 町入 村欄	新管轄市町村コード				
	本人新市町村コード				
	保護者新市町村コード				
※2 県記入欄	施 設 コード				

市町村受付	県受付

注意事項 ・記名押印に代えて署名することができます。
 ・※印の欄は記入しないで下さい。