

療育手帳記載事項変更届

年 月 日

千葉県知事

様

〒 ー

届出者 住所

氏名

療育手帳の記載内容が変更になるので、下記のとおり届け出ます。

記

(現在所持している療育手帳の内容)

フリガナ

本人氏名 _____ 生年月日 _____年__月__日生 (____歳)

手帳番号 第_____号 交付年月日 _____年__月__日

判定機関 _____児童相談所・ _____障害者相談センター

障害児・者施設へ入所（通所）している場合記入してください。

施設名 _____

変更事項（変更になる項目だけ記入してください。）

		変 更 前	変 更 後
本 人	フリガナ 氏名		
	住所	〒 ー 電話 (ー ー)	〒 ー 電話 (ー ー)
保 護 者	フリガナ 氏名		
	住所	〒 ー 電話 (ー ー)	〒 ー 電話 (ー ー)
変更年月日		年 月 日	
変更理由			

注意事項

届出者氏名は手帳の交付を受けている本人又は保護者の方の氏名を記入してください。