

経由機関受付印	
市町村	判定機関

# 療育手帳記載事項変更 } 届 } 書

年 月 日

あて

(市町村長)

届出者  
(本人又は保護者)

下記のとおり療育手帳の記載事項に変更が生じたので、療育手帳を添えて届け出ます。

手帳番号及び交付年月日		第 号 < 年 月 日交付 >	
変更前の掲載事項	本人	ふりがな	生 年 月 日
		氏 名	年 月 日
		住 所	(施設の場合：施設名 )
保護者		ふりがな	
		氏 名	
		住 所	
変更届出事項	1	ふりがな	職 業
		氏 名	
		住 所	(〒 - ) (施設の場合：施設名 ) (電話 - - )
該当に○	2	ふりがな	生 年 月 日
		氏 名	男 女 年 月 日
		続 柄	職 業
	保護者	住 所	(〒 - ) (電話 - - )
	3 写真	4×3cm 脱帽・上半身	
変更の理由			
変更した年月日		年 月 日	
<b>市町村 記入欄</b> 変更前 所管市町村 ( ) 変更後 所管市町村 ( )			
上記のとおり療育手帳の記載事項に変更を行ったので報告します。 群馬県知事 あて 年 月 日 (心身障害者福祉センター) 市福祉事務所長 印 (判定機関経由) 町村長			

注1 本人及び保護者の氏名には必ずふりがなを記入してください。

注2  内は市町村が記入してください。