

様式第6号

療育手帳記載事項変更届出書

宮崎県知事 殿

年 月 日

届出者名
本人との関係 ()

次のとおり変更しましたので届けます。

1. 療育手帳所持者

| | | | | | |
|--------------|--------------|---|------|-------|---|
| フリガナ 本人氏名 | 姓 | 名 | 生年月日 | 年 月 日 | 歳 |
| 療育手帳番号 | 中央・都城・延岡 第 号 | | | | |

2. 変更内容 (太枠内、変更箇所のみ記入)

| | | 新 | | 旧 | |
|--|------------|-------|-------|-------|---|
| 本人 | フリガナ 氏名 | 姓 | 名 | 姓 | 名 |
| | 住所 | 〒 | | 〒 | |
| | 電話番号 | () - | | () - | |
| 保護者 | フリガナ 氏名 | 姓 | 名 | 姓 | 名 |
| | 住所 | 〒 | | 〒 | |
| | 電話番号 | () - | | () - | |
| *市町村記入欄 台帳管理市町村の変更 → <input type="checkbox"/> 有 (下記を記入) <input type="checkbox"/> 無 | | | | | |
| 旧 : | | | 新 : | | |
| 市・町・村 | | | 市・町・村 | | |

※ 届受理市町村 (書換) → 旧台帳管理市町村 (変更有の場合) → センター進達

| | | |
|----------|-------------|---------|
| 受理市町村受付印 | 旧台帳管理市町村受付印 | 判定機関受付印 |
| | | |