

療育手帳記載事項変更届

令和 年 月 日

茨城県知事 殿

2 1

届出者

療育手帳の 情報	手帳番号	0 8	第 号	生年月日	3 昭和 4 平成 5 令和 年 月 日	
	フリガナ					
	氏 名					
	変更年月日	平成・令和 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																	
	新住所	茨城県						市						郡					
	旧住所	茨城県						市						郡					
新電話番号	— —										職業								
個人番号																			
マイナンバー制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方は所在につながる情報を秘匿できます。マイナンバーカードをDV・虐待等の加害者が所有している場合、加害者が法定代理人である場合、マイナポータルで加害者を代理人設定している場合は、右のボックスにチェックを入れてください。チェックの有無の情報は上記の所在につながる情報を秘匿するためにのみ使用します。															☐				

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。

変更なしの場合は右を○で囲んでください。(・保護者の変更なし)

保 護 者	1 保護者の内容変更 2 保護者の消滅 (保護者がなくなった場合は、保護者の欄は空白にする。)																			
	新氏名	フリガナ											生年 月日	3 昭和 4 平成						
		氏 名												年 月 日						
	新住所	1 同居	茨城県						市						郡					
		2 別居																		
	旧住所	茨城県						市						郡						
続 柄		新電話番号	— —										職業							

(裏面へ続く)

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 市町村記入欄	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				

注意事項 ・※印の欄は記入しないで下さい。

市町村受付	県 受 付
. .	. .