（別紙様式４）

市町村受付印

障害者手帳記載事項変更届

茨城県知事　殿

年　　月　　日

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 45 条に基づく精神障害者保健福祉手帳について、次のとおり届け出ます。

<table>
<tr><td rowspan="5">届出者（精神障害者本人）</td><td>氏　　名</td><td colspan="6"></td><td>生年月日</td><td colspan="3">明・大・昭・平・令
年　月　日</td></tr>
<tr><td>現住所</td><td colspan="10">〒　　－
電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="11">個人番号制度では、ＤＶ・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報を秘匿することが可能です。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のいずれかもしくは複数に該当する場合で、秘匿にすることを希望される方は右のボックスにチェックを入れてください。※記入いただいた情報は個人番号制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。</td><td>□</td></tr>
<tr><td>手帳番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>手帳の有効期限</td><td colspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td>届出書を提出した者</td><td>氏名</td><td colspan="3"></td><td>本人との関係</td><td></td><td>住所</td><td colspan="3">電話　　（　　）</td></tr>
</table>

１　氏名の変更

変更となった日	年　　月　　日
旧　氏　名	
新　氏　名	届出者氏名欄記載のとおり （ヨミガナ）

２　住所変更

変更となった日	年　　月　　日
旧　住　所	
新　住　所	届出者現住所欄記載のとおり