様式第28号（第25条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※受理機関名 |  | 受理年月日  　　年　　月　　日 |
| ※精神保健福祉センター収受年月日 | | 年　　月　　日 |

居住地等変更届

年　　月　　日

　　　兵庫県知事様

届出人　住所

氏名

　　次のとおり居住地等を変更したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第７条第２項又は第４項の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 精神障害者 | | フリガナ | |  | | | | 生年  月日 | | | | □大正 □昭和  □平成 □令和 | | | | | | | 年　 月　 日 | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話 | | (　　　)　　　－ | | | 個人番号 | | |  |  | |  |  | |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |
| 手帳番号 | | 第号 | | | 有効  期間 | 年　月　日から  年　月　日まで | | | | | | | | | 障害等級 | | | | | | | 級 | | | | |
| 種　別 | | □ |  | | □ | 氏名の変更 | | | | | | | | | □ | | |  | | | | | | | | |
| 変　更　の　内　容 | 変更前 | 居住地 | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更後 | 居住地 | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　考 | | ~~続柄~~ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| (注) | １　「種別」の欄は、該当する□に✔を入れること。  ２　精神障害者保健福祉手帳を添付すること。  ３　※印の欄は、記入しないこと。 |