

様式第6号

※市町村名

※受理年月日 年 月 日

個人番号変更届

岩手県知事 殿

年 月 日

私は、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、個人番号の変更に係る届出をします。

精神障害者 本人	フリガナ									生年月日	年 月 日		
	氏名									電話番号			
	住所	〒								電話番号			
	個人番号												
変更前の個人番号													
手帳番号													

届出書を 提出した者	<input type="checkbox"/> 精神障害者本人 ※精神障害者本人以外の場合は以下に記入												
	氏名									本人との関係			
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 精神障害者本人に同じ								電話番号			

(注) DV・虐待等被害による個人番号変更の場合、市町村はその旨を余白に記載すること。