

第5号様式（第9条関係）

| | | | |
|-------------------------------|-------|--------------|--------------|
| 経由機関名 | | 進 達 | 年 月 日 第 号 |
| 療育手帳記載内容変更届 | | | |
| 山口県知事 様 | | 年 月 日 | |
| 申請者 | | | |
| (続柄) | | | |
| (電話番号) | | | |
| 年 月 日付の記載内容変更について、下記のとおり届けます。 | | | |
| | | 変 更 前 | 変 更 後 |
| 氏 名 | ふりがな | | |
| | 本 人 | | |
| | ふりがな | | |
| | 保 護 者 | 続柄()生年月日() | 続柄()生年月日() |
| 住 所 | 本 人 | | |
| | 保 護 者 | | |
| 個人番号 | 本 人 | | |
| その他 | 本 人 | | |
| | 保 護 者 | | |

<申請される方への注意事項>

- 1 申請者氏名は、手帳の交付を受けた本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
- 2 太枠内の**変更された箇所のみ**ボールペンで記入してください。
- 3 紛失の場合をのぞき、**療育手帳の写し**を添付してください。

| | | | |
|--------------------|---------------------|----------|-------|
| 市 町 確 認 事 項(市町記入欄) | | | |
| 療育手帳番号 | 県 第 号 | | |
| 手帳所持者氏名 | | 交付年月日 | |
| 療育手帳の写し | 有(基本情報+最新判定の記録) ・ 無 | | |
| 有効期間残余の有無 | 有 無 → | 面接判定予定 → | 有 ・ 無 |
| 年 月 日 療育手帳記載済 | | | |
| _____ 長 印 | | | |