

様式第28号（第25条関係）

※受理機関名		受理年月日 年 月 日
※経由機関名		年 月 日
※精神保健福祉センター收受年月日		年 月 日

居 住 地 等 変 更 届

年 月 日

兵庫県知事 様

申請者

住 所	〒
フリガナ	
氏 名	印
個人番号
電 話	() - 番

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。

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	他の都道府県の区域 からの居住地の変更		氏名の変更	本県の区域内における 居住地の変更	
変 更 の 内 容	変 更 前	居 住 地		氏名（フリガナ）	
		〒			
	変 更 後	居 住 地		氏名（フリガナ）	
		〒			

- (注) 1 「種別」の欄は、該当するものを○で囲むこと。
 2 精神障害者保健福祉手帳の写しを添付すること。
 3 ※印の欄は、記入しないこと。