|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体障害者居住地等変更届  年 月 日  千葉県知事 様  (フリガナ)  氏 名  年 月 日生  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号  個人番号  居住地  氏 名  私は、 年 月 日、 を変更したので、身体障害者福祉法施行  第２項  第４項  令第９条　　　　　の規定により、次のとおり届け出ます。  １　新居住地  旧居住地  ２　新 氏 名 （ ）  旧 氏 名 （ ）  ３　既交付の身体障害者手帳の記載内容   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 手帳番号 | 第　　　　　　号 | 交付年月日 | 年　　　月　　　日 | | 障害名 |  | | | | 等級 | 種　　　　　級 | 児童との続柄 |  | | 備考 |  | | |     年 月 日 身体障害者手帳記載済  成田市福祉事務所長 |
| 成　障　第 号  年 月 日  千葉県知事 様  成田市福祉事務所長  上記のとおり受理したので通知します。 |

注

児童の場合は、2の欄（ ）内に児童の氏名及び個人番号を記入することとし保護者

の個人番号は記入しないこと。