|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。