|  |
| --- |
| 身体障害者居住地等変更届令和　　年　　月　　日　　千葉県知事　　　　　様（ふりがな）　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　印　年　　月　　日生　　個人番号　　　　　　　　　　　　　　　私は、　　　　年　　月　　日居住地氏名を変更したので、身体障害者福祉法施行令第９条第２項第４項の規定により、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の内容 |
|  | 手帳番号 | 県第　　　　号 | 交付年月日 | 年　　月　　日 |  |
|  | 障害名 |  |  |  |  |
|  | 等級 | 種　　　級 | 児童との続柄 |  |  |
|  | 備考 |  |  |  |  |
| 　　　令和　　年　　月　　日身体障害者手帳記載勝浦市福祉事務所長　　　印　　　　 |
| 勝福第　　　　　号　令和　　年　　月　　日　　千葉県知事　　　　　様　　　勝浦市福祉事務所長　　　印　　　　　上記のとおり届出があつたので通知します。 |

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。