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