

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

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

印西市福祉事務所長

印 西 障 第 号
年 月 日

千葉県知事 様

印西市福祉事務所長

上記のとおり届出があったので通知します。

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。