|  |
| --- |
| 身体障害者居住地等変更届書居住地 　私は 　　　　　年　　月　　日下記のとおり　　 を変更しました。氏　名 　　　 　　年 　　月　 　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　宮崎県知事　殿氏　名 　　　 　 　 　㊞年　　月　　日 生大正・昭和・平成・令和 （児童との続柄　　　　　　）個人番号　電話番号 |
|  | １５歳未満の児童の氏名 |  年　　月　　日生個人番号  |  |
| １　新居住地旧居住地ふりがなふりがな２　新氏名　　　　　　　　　　　　（児童名　　　　　　　　　）旧氏名　　　　　　　　　　　　（児童名　　　　　　　　　）３　既交付の身体障害者手帳の記載内容 |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|  | 手帳番号 | 交付年月日再交付年月日 | 障　害　名 | 等　級 | 再認定日 |  |
| 　　　 県 第　　　　号 | 年 月 日年　月　日 |  | 種 級  |  |
|  |
|  　年　　月　　日身体障害者手帳記載済 福祉事務所長 町村長 　 印 |
| 第　　　　　　　　　号 　　　　年　　月　　日 宮崎県知事　殿 福祉事務所長 町村長 　 印 上記のとおり身体障害者居住地等変更届書を受理したので進達します。 |

　備考１　15歳未満の児童の場合は、保護者の個人番号を記入する必要はない。

　　　２　不要の文字は、抹消すること。