|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体障害者居住地等変更届書  令和　　年　　月　　日  　　私は、　　　　年　　月　　日　下記のとおり（　居住地・本籍・氏名　）を変更  しましたので届けます。  氏　　名  個人番号  愛媛県知事　中村　時広　様  記  1　新居住地　西条市  　　　　旧居住地  　　　電話番号　（ 0 8 9 7 ）　 　－  　　 2　新 本 籍  　　　　旧 本 籍  　　 3　新 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　（　 　　　　 　　　 ）  　　　　旧 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　（　　 　　 　　　　 ）  　　 4　既交付の身体障害者手帳の記載の内容 | | | | | | | |
|  | 手帳番号 | 交 付 年 月 日 | 障　 害　 名 | 等級 | 児童との続柄 | 備考 |  |
| 県  第　　　号 | 年 月 日 |  | 級 |  |  |
| 令和　　　年　　月　　日　身体障害者手帳記載済  西条市福祉事務所長 印 | | | | | | | |
| 西社福第　　号  　令和　　年　　月　　日  　　愛媛県知事　中村　時広　様  西条市福祉事務所長 印  　上記のとおり身体障害者（　居住地・本籍・氏名　）変更届があったので通知する。 | | | | | | | |

備考　児童の場合は3 の（　）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する必要がないこと。不要の文字は抹消すること。