|  |
| --- |
| 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。