|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **居住地****氏　名****身体障害者　　　　変更届**年　　月　　日居住地氏　名私は、　　年　　月　　日下記のとおり　　　　　　を変更しましたからお届けいたします。　氏　　名個人番号15才未満の児童の氏名個人番号愛媛県知事　　　様記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 | 交付年月日 | 障害名 | 等級 | 児童との続柄 | 備考 |
| 県第　　 　号 | 年　月　日  |  | 　種　級 |  |  |

年 月 日身体障害者手帳記載済市福祉事務所長　 （町　長）  |

備考（１）身体障害のある15才未満の児童については、保護者が代わって申請することになっている。この場合には、児童の氏名及び個人番号を　　　欄に記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。

（２）不要の文字は、抹消すること。