|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。