**身体障害者居住地等変更届**

年　　　月　　　日

**千葉県知事様**

（ふりがな）

氏　　名

M・T・S・H・R　　　年　　　月　　　日生

※T　E　L　（　　　　）

個人番号

居住地

私は、　　　年　　　　月　　　日　 氏　名　　を変更したので、次のとおり届け出ます。

1. 新居住地

旧居住地

1. 新氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

旧氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 既交付の身体障害者手帳の記載内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 手帳番号 | 県　第　　　　　　　　号 | 交付年月日 | S ・ H ・ R　　　 年　　 　月　　 　日 |
| 障　害　名 |  | 等　級 | 　　　　種　　　　　級 |
| １５歳未満の場合 | （ふりがな）児童の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者との続柄　　　　　　　　　　　　個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（H ・ R　　　 年　　　 月　　 日生） |

年　　　月　　　日　　身体障害者手帳記載済

八千代市健康福祉部長　 　印

市町村受理印

障　第　　　　　　　号

|  |
| --- |
|  |

年　　　月　　　日

**千葉県知事様**

八千代市健康福祉部長　　　印

上記のとおり受理したので通知します。

注　児童の場合は、２の欄（　　）内に児童の氏名を記入すること。