

第七号様式（第九条）

身体障害者居住地等変更届

令和 年 月 日

千葉県知事 様

(ふりがな)

氏 名

生年月日 年 月 日生

電話番号

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

私は、 年 月 日 居住地 氏名 を変更したので、身体障害者福祉法施行令

第9条 第2項 第4項 の規定により、次のとおり届け出ます。

1 新居住地 鎌ヶ谷市

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の内容

手帳番号	県 第 号	交付年月日	年 月 日
障 害 名			
等 級	種 級	児童との続柄	
備 考			

年 月 日 身体障害者手帳記載済

鎌ヶ谷市福祉事務所長

鎌 障 第 号
年 月 日

千葉県知事 様

上記のとおり届出があったので通知します。

鎌ヶ谷市福祉事務所長

注 児童の場合は、2の欄（ ）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しないこと。