身　体　障　害　者 **[　居住地・氏名　]** 変　更　届

令和　　　年　　　月　　　日

　私は令和　　年　　月　　日、下記のとおり　**[　居住地・氏名　]**　を変更しましたのでお届けします。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号 | 　　　　　　－　　　　　　　－ |

倉　敷　市　長　宛て

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 新居住地 | **倉敷市** |
| 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内容 |
| 手　帳　番　号 | 交　付　年　月　日 | 障　害　内　容 | 等　級 |
| 市 | 昭和・平成・令和 |  | 種級 |
| 県 | 　年　　月　　日 |
| 第　 　　　　　号 |

令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　身体障害者手帳記載済

倉敷市　　　社会福祉事務所長

※ 福祉事務所職員は市外転入の場合、手帳のコピーを添付すること。

|  |
| --- |
| 　　　令和　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 承認印 | 課　長 | 課長補佐 | 主　任 | 係 | 窓口受付 |
|  |  |  |  |  |  |