

県収受印	福祉事務所収受印	町村収受印

(様式第2号)(第4条関係)

身体障害者居住地(氏名)変更届書

年 月 日

長野県知事 殿

届出者 氏 名
居 住 地

ふりがな
氏 名
生年月日 年 月 日生
電話番号

届出に係る身体障害者との続柄
※届出者の欄には、届出をされる本人の氏名等(15歳未満の児童について届出される場合は、保護者の氏名等)を記入してください。

私(下記の者)は、 年 月 日下記のとおり、居住地(氏名)を変更しました。
記

1 変更の内容

- (1)新居住地
- (2)旧居住地
- (3)新 氏 名
ふりがな
- (4)旧 氏 名
ふりがな

2 届出に係る身体障害者

居 住 地	〒	☐ 届出者に同じ											
ふりがな	☐ 届出者に同じ												
氏 名	☐ 届出者に同じ												
生年月日	年 月 日生 ☐ 届出者に同じ												
個人番号													

3 既交付の身体障害者手帳の記載の内容

手帳番号	交付年月日	障害名	等級
県・市 第 号	昭・平・令 年 月 日		種 級
備 考			

- (備考) 1 15歳未満の児童については、保護者が代わって届出すること。
2 不要な文字は抹消すること。

市町村 記入欄	年 月 日 身体障害者手帳記載済 福祉事務所長 町 村 長 印 印		
	記載の個人番号は身体障害者本人のものと相違ありません。 ①確認年月日 年 月 日 ②確認方法 ☐ マイナンバーカード ☐ 通知カード ☐ 住民票の写し ☐ その他()		