

(様式第7号)

県外からの転入（県外への転出）届

福祉事務所長 町村長 経由

児童相談所長 知的障害者更生相談所長 様

令和		年		月		日
----	--	---	--	---	--	---

申請者氏名		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者
-------	--	--

次のとおり住所を移しました（します）。 転入（継続利用） 転入再交付 転出

本人	ふりがな			生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名			年月日	年 月 日
	療育手帳 番号	第	号	再判定	<input type="checkbox"/> 要（ 年 月） <input type="checkbox"/> 不要
	新住所	〒	—		
	電話番号	()	—		
	旧住所	〒	—		
	個人番号				
	身体障害者 手帳番号	第	号	障害名	(種 級)
保護者	ふりがな			生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名			本人との 続柄	年 月 日
	新住所	〒	—		
	電話番号	()	—		
	旧住所	〒	—		

市町村記入欄

※市町村から判定機関への連絡事項	<input type="checkbox"/> 記載の個人番号は交付対象者本人のものと相違ありません。 ①確認年月日 年 月 日 ②確認者 ③確認方法 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()	
	市町村受領印	判定機関受領印