

(様式第 13 号)

## 個人番号届

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			
手帳番号											

個人番号制度に基づく療育手帳情報の情報連携を利用したいので、次により届け出ます。

※届出済みの個人番号に変更があった場合は、変更後の個人番号を記入してください。

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						
住所	〒									
電話番号	( ) -									
個人番号										

### 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