

## 身体障害者居住地等変更届書

佐賀県知事 殿

平成〇〇年 〇〇月 〇〇日

フリガナ 氏名 佐賀 真太 (男・女)

生年月日 昭和 〇〇年〇〇月〇〇日

個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

私は平成〇〇年〇〇月〇〇日下記のとおり居住地氏名を変更しましたからお届けいたします。

## 記

- 新居住地 佐賀県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号（新しい居住地）  
旧居住地 △△県△△市△△町△△丁目△△番△△号（前の居住地）
- 新氏名 ( )  
旧氏名 ( )
- 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	障害名	等級	児童との続柄	備考
△△県第〇〇号	平成〇〇年〇月〇日	疾病による両下肢機能の著しい障害	〇種〇級		

年 月 日身体障害者手帳記載済

佐賀市福祉事務所長  
(公印省略)

## チェック

- 市外転入：身体障害者手帳のコピー添付  
 転出  
 転居  
 手当・重度心身障害者医療費助成等の受給状況 【非該当・該当】  
【該当：処理済・未 ( )】

注 1 児童の場合には、2の欄( )内に児童の氏名を記入すること。

2 不要の文字は、抹消すること。

お預かりした個人に関する情報は身体障害者手帳や障害者の手当、助成等の事務のみに用い、本人の承認がある場合や法令等に定めがある場合を除き、目的外の利用をすることはありません。