

様式第11号(第10条関係)

身体障害者居住地・氏名変更届

年 月 日

常陸太田市福祉事務所長 殿

届出者氏名 \_\_\_\_\_

個人番号

下記のとおり届け出ます。

※手帳所持者の個人番号を記入すること。

県外→県内  県内→県内(該当項目□にレを入れる)

居住地変更	新居住地	市	町(大字)	(番地)
	<input type="text"/>	郡	村	
旧居住地	都道	市	町(大字)	(番地)
	府県	郡	村	

氏名変更	保護者住所・氏名変更	身体障害者手帳所持者が15歳未満の場合
フリガナ	住所	フリガナ
新氏名	フリガナ	氏名
		続柄

身体障害者手帳	フリガナ	手帳番号	都道	種別	等級	性別
	氏名	<input type="text"/>	府縣市			1男
		0 8 第	<input type="text"/>	号	種	級
						2女
	交付年月日	障害名	生年月日			
	2昭和 3平成 4令和		1大正 3平成			
	<input type="text"/>		2昭和 4令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

県外→県内の場合	県内→県内の場合		
実施機関コード	実施機関コード	更生指導台帳	受付年月日
県等	変更後		4令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

市町村受付年月日
<input type="text"/>

注意 県外からの転入の際は、手帳のコピーを添付して下さい。  
 権限移譲市から県内に最初に転入する際は、手帳のコピーを添付して下さい。  
 茨城県交付の手帳の変更については、手帳のコピーは添付不要です。