

(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		☐ 本人 ☐ 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	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
	氏名				年 月 日
	療育手帳番号	第	号	再判定	☐ 要（ 年 月） ☐ 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	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 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	☐ 記載の個人番号は本人のものと相違ありません。	市町村受領印
	①確認年月日 年 月 日	
	②確認者	
	③確認方法 ☐ マイナンバーカード ☐ その他()	

判定機関記入欄

児	知	1	2	中	松	飯	諏	佐

判定機関受理印

--