（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			年　月　日
			本人との続柄	
	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 □マイナンバーカード　□その他（　　）
	市町村受領印
	判定機関受領印