

(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	〒 ー						
	電話番号	（ ） ー						
	旧住所	〒 ー						
	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	〒 ー						
	電話番号	（ ） ー						
旧住所	〒 ー							

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