

(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		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和					
	氏名			年月日	年 月 日					
	療育手帳番号	第	号	再判定	<input type="checkbox"/> 要（年 月） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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

市町村受理印
判定機関受理印

※市町村から判定機関への連絡事項

判定機関記入欄

児	知	1	2	中	松	飯	諏	佐