（様式第７号）

県外からの転入（県外への転出）届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 〒 |  | |  | |  | ― | | | | |  | |  |  | |  | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 市町村受理印 |
| 判定機関受理印 |

市町村記入欄

|  |
| --- |
| ※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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

