

(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