

第6号様式(第5条関係)

身体障害者氏名(居住地)変更届出書

令和 年 月 日

鹿児島県知事 殿

薩摩川内市

届出者 住所
氏 名

氏名を変更した(居住地を移転した)ので、身体障害者福祉法施行令第9条第2項(第4項)の規定により、次のとおり届け出ます。

1 身体障害者手帳の交付を受けた者

ふりがな 氏 名	生 年 月 日	個人番号	ふりがな ※保護者の氏名	※続柄
	大正 昭和 平成 令和 年 月 日			

2 身体障害者手帳の記載の内容

番 号	初回交付年月日	障 害 名	級 別	備 考
第 県(市) 号	昭和 平成 令和 年 月 日		級	

3 変更の内容

変更前の氏名(居住地)	
変更後の氏名(居住地)	
変 更 の 日	年 月 日

注 ※印の欄は、身体障害者手帳の交付を受けた者が15歳に満たない場合のみ記入すること。
(鹿児島市及び他都道府県からの居住地変更については、その手帳の写しを添付してください。)

(市町村処理欄)

薩 障 第 号
令 和 年 月 日

鹿児島県知事 殿

市町村の設置する福祉事務所の長 印
(町 村 長)

上記のとおり届出があったので進達します。
なお、身体障害者手帳は、新氏名(居住地)を記載して、令和 年 月 日に届出者に返還しました。