

身体障害者氏名（居住地）変更届出書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

届出者 住所

氏名

印

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

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
			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）

年 月 日

鹿児島県知事 殿

始良市福祉事務所長



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、

年 月 日 に届出者に返還しました。