

身体障害者手帳(変更・返還)届書

届出日 年 月 日

熊本県知事 様

(届出者) 居住地
氏名

次のとおり届け出ます。

(届出事由) 該当する項目を○で囲んでください。

1 居住地変更	11 本人居住地変更 13 転入(県外・熊本市から) ※ 手帳の写しを添付してください。	12 本人・保護者居住地変更 14 管轄市町村変更
2 内容変更	21 本人氏名変更 ※ 手帳の写しを添付してください。	22 保護者内容変更 23 その他()
3 返 還	31 死亡 32 その他()	

(変更内容) 新欄は変更分のみを記入してください。

		新	旧
本人	(フリガナ)		
	氏 名		
	個 人 番 号		
	生 年 月 日	年 月 日	
	住 所		
	入 所 施 設 名		
	電 話 番 号	— —	— —
	管 轄 市 町 村		
保護者	(フリガナ)		
	氏 名		
	住 所		
	電 話 番 号	— —	— —
	続 柄		
	保護者となった日	年 月 日	年 月 日
変更・返還年月日		年 月 日	

(手帳交付番号等)

手帳番号	J R 割 引	等 級	交付年月日	再交付年月日
()都道府県・市 第 号	種	級	年 月 日	年 月 日
第 号 年 月 日			福祉事務所・ 町村受付印	熊本県 受付印
熊本県知事 様 (福祉事務所・町村)長 上記のとおり届出がありましたので進達します。				