**変更届（身 体 障 害 者 手 帳）**

　　年　　月　　日

（宛先）枚方市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（届出者）

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　電話番号

手帳の対象となる方との続柄

　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄

＜居住地特例に関する確認事項＞

本市の転入先は、施設ですか。　□いいえ・□はい

**※「はい」の方は、この届出が不要となる場合が**

**ありますので、担当より確認を行います。**

　身体障害者福祉法施行令第９条第２項又は第４項の規定により、次のとおり届け出ます。

（手帳の対象となる方の住所・氏名等）

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 | 〒 |
| フリガナ |  | 電話番号 |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  | 年　　月　　日 | 個人番号 |  |

下記のとおり【　変更　・　転入　】したので届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更内容 | 変更前 | 変更後 | 変更日 |
| 住所・氏名・転入 |  |  |  |
| 住所・氏名・転入 |  |  |  |

既交付（現）手帳の番号等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 都道府県市 | 第　　　　　　　　　　　号 | 障害名(等級) |  |
| 初回交付年月日 |  | 年　　月　　日 |
| 総合等級〔　　　〕級　　　第〔　１・２　〕種 |

|  |
| --- |
|  |

事務処理欄

受付印

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療助成課案内 | 福祉のてびきの説明 | 手帳修正及び写しの添付 | 住基チェック | 居住地特例※担当まで | **受付者** |
|  |  |  |  |  |  |

受付印

※「居住地特例」とは、お住いの市町村から、他市町村の施設等に入所等された場合に、入所等する前の市町村が引き続き、実施主体となる制度です。対象となる施設等は、障害者支援施設、障害者グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等です。