様式第５号（第６条関係）

身体障害者手帳変更届

年　　月　　日

長崎県知事　　様

手帳番号	都道府県・市	第　　号	
フリガナ			生年月日
氏　名	漢字（姓）	（名）	年　　月　　日
個人番号			

下記のとおり変更しましたので届け出ます。

記

１　変更の事由（該当項目に○を）

１）氏名変更　　２）本籍地変更　　３）保護者変更

４）同一市町内での住所変更

５）県内他市町からの転入（長崎市及び佐世保市からは県外転入届）

６）障害者支援施設等への入所による住所変更

入所施設：　　（援護の実施：　　市町）

２　変更の内容（変更のあった箇所のみ記載）

変更後の氏　名	フリガナ			変更年月日
	漢字（姓）	（名）		年　　月　　日
変更後の本籍地	都道府県			年　　月　　日
変更後の保護者	フリガナ		続柄	年　　月　　日
	漢字（姓）	（名）		
変更後の住　所	〒　　－			変更年月日
	市町			年　　月　　日
	電話番号	－　　－		
旧住所	市町			

＊変更の事由５）出身市町へ更生指導台帳送付依頼と県への報告

＊変更の事由６）手帳書き換え後、届けは援護の実施市町へ転送し、援護の実施市町より県へ報告

（県への報告には変更処理後の手帳の写しを添付）