第　　　　号

　　 年　　月　　日

転出先市町村

知的障害者更生指導記録票の送付について

市町村長　印

**固定文言１**

このことについて、下記のものが貴管内に転出の旨通知がありましたので別紙関係書類を送付します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| カナ氏名 |  | 生年月日 |  |
| 氏 名 |  |
| 手帳番号 |  | | |
| 障害の程度　　(総合判定) |  | | |
| 異動年月日 |  | | |
| 旧 住 所 |  | | |
| 新 住 所 |  | | |
| **固定文言２**  備　　考 | **固定文言３＋編集１** | | |

**自由記載１**

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |