転入前自治体

第　　　 号

年 月 日

知的障害者居住地変更通知書

都道府県知事・指定都市・中核市市長　印

**固定文言１**

下記の者から居住地変更の届があったので通知します。

つきましては、知的障害者更生指導台帳を下に記載の（お問い合わせ先）まで送付願います。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 異 動 日 |  | | | |
| 氏　　名 |  | | 生年月日 |  |
| 手帳番号 |  | | 障害の程度  (総合判定) |  |
| 保 護 者 | 氏　名 |  | 本人との続柄 |  |
| 住　所 |  | | |
| 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 |