

様式第23号 (第29条関係)

|        |  |
|--------|--|
| ※保健所名  |  |
| ※受理年月日 |  |

障害者手帳氏名・居住地変更届

令和 年 月 日

愛媛県知事 殿

届出者 氏名  
住所  
個人番号

|                       |     |   |  |  |  |  |  |            |
|-----------------------|-----|---|--|--|--|--|--|------------|
| 交付を受けている<br>手帳の手帳番号   |     |   |  |  |  |  |  | ( 年 月 日交付) |
| 変更内容                  | 氏名  | 新 |  |  |  |  |  |            |
|                       |     | 旧 |  |  |  |  |  |            |
|                       | 居住地 | 新 |  |  |  |  |  |            |
|                       |     | 旧 |  |  |  |  |  |            |
| 注意 ※印の箇所は、記入しないでください。 |     |   |  |  |  |  |  |            |

追加 [平成7年規則52号]