

台 帳 番 号					
<p>身体障害者手帳内容変更届</p> <p>年 月 日</p> <p>(あて先) 下関市福祉事務所長</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p>					
障害者氏名	障害名	種	級	手帳番号	交付年月日
年 月 日 下記のとおり変更しましたので届け出ます。					
<div><div><input type="checkbox"/> 死 亡</div><div>年 月 日 死亡</div></div> <div><input type="checkbox"/> 他市町村に転出</div> <div>転出先.....</div> <div><input type="checkbox"/> 転 居</div> <div>新住所.....</div> <div>旧住所.....</div> <div><input type="checkbox"/> 障害を有さなくなったため、返還</div>					
<p>下記の事項の中で受給又は手続きしているものにチェックをしてください。</p> <div><div><input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当</div><div><input type="checkbox"/> 下関市心身障害児療育手当</div><div><input type="checkbox"/> 福 祉 手 当</div><div><input type="checkbox"/> 心身障害者扶養共済制度</div><div><input type="checkbox"/> 療 育 手 帳</div><div><input type="checkbox"/> その他（施設入所、更生医療等）</div><div><input type="checkbox"/> 重度医療</div></div>					