

台帳番号	
------	--

### 身体障害者手帳内容変更届

年 月 日

(あて先) 下関市福祉事務所長

住 所

氏 名

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。

死 亡 年 月 日 死亡

他市町村に転出

転出先.....

転 居

新住所.....

旧住所.....

障害を有さなくなったため、返還

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。

特別児童扶養手当  
 福祉手当  
 療育手帳  
 重度医療

下関市心身障害児療育手当  
 心身障害者扶養共済制度  
 その他（施設入所、更生医療等）