



受付番号 _____

身体障害者手帳変更届

京都府知事様

届出日 令和 年 月 日

氏名

下記のとおり 居住地 氏名 を変更したので届出します。

身体障害者手帳所持者本人に関する事項												
フリガナ												性別
手帳所持者の氏名											男・女	
個人番号												
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年		月		日生			

変更内容	変更前	変更後
居住地の変更	(〒 -) ※ <input type="text"/> 都道府県	(〒 -) 京都府 ※ <input type="text"/>
	Tel () -	
フリガナ		
氏名	身体障害者	
	保護者	

◎ 届出と併せて、京都府の身体障害者手帳の再交付を希望される方は、写真1枚(たて4cm、よこ3cm)を添付してください。(※上半身、脱帽で写っているもの。インスタント写真等は使えません。)

- (1) 押印については、自筆による署名の場合は省略できます。
 (2) 氏名は、楷書でわかりやすく記入してください。
 特に旧漢字・異体字・変体かなを使用されている方は、わかりやすく大きく記入していただくか、市町村の窓口にお申し出ください。

既に交付された身体障害者手帳の記載の内容	番号	府・県・市	障	害	名	手帳・台帳
	第	号				
	昭和 平成 令和	年 月 日	交付			確認
		級				

市		保		京	
町		健		都	
村		所		府	

※ 手帳番号				

(写真留位置)

市町村記入欄

(以下に記入しないでください。)

令和 第 年 月 号 日

京都府知事様

京丹後市福祉事務所長

~~町 村 長~~

印

上記のとおり身体障害者 居住地 氏名 変更届が提出され、下記のとおり
処理したので通知します。

記

1 令和 年 月 日 身体障害者手帳記載済

担当者

印

2 身体障害者手帳作成の必要があるので、次の書類を添付します。

〈添付書類〉 (1) 旧身体障害者手帳

(2) 写真

(上半身、脱帽たて4cm、よこ3cm)

京都府処理欄

処理種別
1 登録
2 再交付

交付事由
9 府外転入
5 氏名変更 6 住所変更 8 その他