

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

長崎県知事 様

身体障害者手帳の交付を下記のとおり申請します。

記

◇申請理由 (該当項目に○を)

- 1 新規
 - 2 等級変更・障害名追加
 - 3 再認定
- } 現在の手帳の写しを添付

のり
<写真>
<ul style="list-style-type: none"> ・1年以内に撮影 ・縦4cm×横3cm ・上半身・脱帽・無背景 <p style="font-size: small;">(インスタカカワ・家庭プリント不可)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・裏面に氏名

手帳番号	長 崎 県	第	号
県外手帳	都道府県・市	第	号

氏名	フリガナ	(名)	生年月日	男・女
	漢字(姓)		年 月 日	
		印		
個人番号				
現住所	〒	市	町	電話 ()
				本籍地

※本人自筆の場合、押印を省略することができます。

(15歳未満の児童のとき)

保護者氏名	フリガナ	(名)	続柄
	漢字(姓)		

市町受付

県受付

決定内容 (この欄は記入しないで下さい)

消	原因コード	障害名コード	先	障害名(等級)	点	再審査	中間計算(級)		
							右	左	計
1			先・後			不要・要()			
2			先・後			不要・要()	上		
3			先・後			不要・要()	下		
4			先・後			不要・要()	備考		
5			先・後			不要・要()			
6			先・後			不要・要()			
7			先・後			不要・要()			
8			先・後			不要・要()			

視力	右	左	聴力	右	左	審査	諮問	合計点	⇒	総合	種別
								点		級	種