様式第２号（第５条、第７条関係）

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

の　り
＜写真＞ ・１年以内に撮影 ・縦4cm×横3cm ・上半身・脱帽・無背景 (ｲﾝｽﾀﾝﾄｶﾒﾗ･家庭ﾌﾟﾘﾝﾄ不可) ・裏面に氏名

◇申請理由（該当項目に○を）

1　新　規

2　等級変更・障害名追加　　現在の手帳の写しを添付

3　再認定

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 漢字（姓）	（名）	生年月日 年　月　日	男・女
個人番号				
現住所	〒　　－　　市町	電話（　　）　　－	本籍地	都道府県

（15歳未満の児童のとき）

保護者氏名	フリガナ 漢字（姓）	（名）	続柄

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	原因ｺｰﾄﾞ	障害名ｺｰﾄﾞ	先	障害名（等級）	点	再審査	中間計算（級）
1				先･後			不要･要(　　)	＼ 右 左 計
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	.	(	.	)	聴力	右		審査		諮問		合計	⇨	総合	種別
	左	.	(	.	)		左						点		級	種