

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>

・1年以内に撮影

・縦4cm×横3cm

・上半身・脱帽・無背景

(インスタカメラ・家庭プリント不可)

・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		生 年 月 日	男 ・ 女
	漢字（姓）	（名）	年 月 日	
個 人 番 号				
現住所	〒		電話（ ）	本籍地
		市 町		都道府県

（15歳未満の児童のとき）

保護者氏名	フリガナ	続 柄
	漢字（姓）	（名）

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）			
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

左

（

）

聴力

右

左

（

）

審査

諮問

合計

点

⇒

総合

種別

級

種