

様式第5号（第6条関係）

身体障害者手帳県外転入届

年 月 日

長崎県知事様

別添の身体障害者手帳（写）を所持しておりますが、下記のとおり転入しましたので、届け出ます。

記

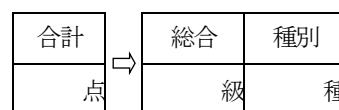
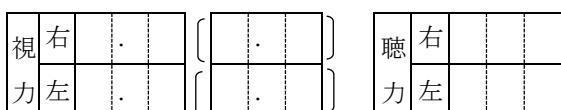
手帳番号	都道府県・市	第 号	当初交付日	年 月 日	
旧住所地	都道 府県			転入日	
				年 月 日	
氏名	フリガナ		生年月日	男 ・ 女	
	漢字(姓)	(名)	年 月 日		
個人番号					
現住所	〒	□ □ □ - □ □ □	電話 () -	本籍地	都道 府県
	市 町				

(1 5歳未満の児童のとき)

保護者 氏名	フリガナ 漢字(姓)	(名)	続柄
-----------	---------------	-----	----

入力内容（この欄は記入しないで下さい）

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	両
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()			



注 この様式は、県外及び長崎市、佐世保市からの転入の際に使用する。