

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（	）	—
	市町					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			続柄
	漢字（姓）	（名）		

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（ ）	

視力	右	.			〔 . 〕	聴力	右				〔 . 〕	合計	⇒	総合	種別
	左	.				力	左					点		級	種

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。