

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

(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)		

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	左	()	聴力	右	左	()	合計 点	⇒	総合	種別
										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。