

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
(ｲﾝｽﾀｸﾞﾗﾌ・家庭ﾌﾟﾘﾝﾄ不可)
・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	(名)	生年月日		男・女
	漢字(姓)		年 月 日		
個人番号					
現住所	〒				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	(名)	続柄
	漢字(姓)		

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()			
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