

身体障害者手帳交付等申請（届出）書

年 月 日

新潟県知事 様

写 真

*縦4cm×横3cm
*脱帽・上半身
*一年以内に撮影したもの
***貼付しないで提出してください**

本籍地 _____ ※本籍コード

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

居住地 新潟県

※住所コード

| | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 | 5 | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|

(フリガナ)

氏 名 _____ ⑩ 電 話 _____

性 別

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 男 | 2 | 女 |
|---|---|---|---|

 生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 月 日生

個人番号

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

保護者欄 (本人が15歳未満のとき記入する。)

保護者氏名 _____ ⑩ 本人との続柄 _____ ※続柄コード

| |
|--|
| |
|--|

下記のとおり申請（届出）をします。

記

1. 申請（届出）の内容

- (1) 身体障害者手帳交付申請(新規)
- (2) 身体障害者手帳再交付申請

| | | | |
|-----------|------------|---------|--------|
| 再 交 付 理 由 | 1. 障害追加 | 4. 手帳紛失 | 7. その他 |
| | 2. 障害程度変更 | 5. 手帳破損 | } |
| | 3. 再認定時期到来 | 6. 写真交換 | |

町村
受付

- (3) 氏名・居住地(県内移動)変更届 (注1)

| | |
|-------------|-----------------|
| 1. 居住地変更 | 旧居住地 _____ |
| 2. 氏名変更 | 変更年月日 _____ |
| 3. 居住地・氏名変更 | 年 月 日 旧氏名 _____ |

県・市
福祉事務所
受付

- (4) 県外から転入(居住地変更)届

| |
|------------------|
| 変更年月日 _____ |
| 年 月 日 旧居住地 _____ |

県受付

2. 手帳番号等（上記(2)・(3)・(4)のときは既交付の手帳内容を下欄に記入する。）

| 手 帳 番 号 | 交 付 年 月 日 | 障 害 名 | 種 | 級 |
|-----------------------------|-----------|-------|---|---|
| 都・道・府・県 郡・市 第 _____ 号 | 年 月 日 | | | |

※3. 身体障害者手帳システム入力コード

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| | 原因 | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | 審査科 | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | 再認定 | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 種別 [] | ① [] | [] | 傷病 [] | [] | [] | 障害 [] | [] | | | | | | |
| 等級 [] | ② [] | [] | 傷病 [] | [] | [] | 障害 [] | [] | | | | | | |
| | ③ [] | [] | 傷病 [] | [] | [] | 障害 [] | [] | | | | | | |
| | ④ [] | [] | 傷病 [] | [] | [] | 障害 [] | [] | | | | | | |
| | ⑤ [] | [] | 傷病 [] | [] | [] | 障害 [] | [] | | | | | | |

※部は記入しないでください。

注1 記名押印に代えて署名することができます。注2 新潟市からの異動の場合は(4)県外から転入に記入してください。

注3 身体障害者手帳には、障害の種類や程度等を証明するため、身体障害者診断書・意見書に記載された「原因となった疾病名」が表記されます。事情により疾病名の表記を希望しない場合は、次の欄に記名・押印又は署名してください。

⑩ _____