

身体障害者手帳交付等申請（届出）書

平成 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 明・大・昭・平 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	3. 昭和 4. 平成 年 月 日			

※3. 身体障害者手帳システム入力コード

--

 原因

--

 審査科

--

 再認定

--	--	--	--	--

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 _____