

# 身体障害者手帳交付申請書

令和 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>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・1年以内に撮影</li> <li>・縦4cm×横3cm</li> <li>・上半身・脱帽・無背景</li> </ul> <p style="font-size: small;">(インスタカカワ・家庭プリント不可)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・裏面に氏名</li> </ul>

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	
	対馬市				

(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)		
							右	左	計
1			先・後			不要・要( )			
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( )			
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	⇒	総合級	種別種
----	---	---	-----	----	---	---	-----	----	----	-----	---	-----	-----