

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 4 cm×横 3 cm
*脱帽・上半身
*一年以内に
撮影したもの
*貼付しないで提
出して下さい

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 _____ 電 話 _____

性 別 1 男 2 女 生年月日 _____ 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 _____ 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 2. 障害程度変更 3. 再認定時期到来	4. 手帳紛失 5. 手帳破損 6. 写真交換	7. その他 []
-----------	------------------------------------	-------------------------------	---------------

(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 _____

(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	_____

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

種別	原因	審査科	再認定
[] ① []	[] 傷病 []	[] []	[] 障害 []
[] 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。