

# 身体障害者手帳交付等申請（届出）書

年 月 日

新潟県知事 様

本籍地 \_\_\_\_\_ ※本籍コード 

--	--

居住地 新潟県三島郡出雲崎町大字

※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	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 _____	旧居住地 _____
年 月 日	

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		審 査 科		再 認 定				
種別 [ ]	① [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
等級 [ ]	② [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
	③ [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
	④ [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
	⑤ [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

※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。

\_\_\_\_\_