

身体障害者手帳交付等申請（届出）書

新潟県知事 様

年 月 日

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ください

本 籍 地

※本籍コード

居 住 地

新潟県

※住所コード

(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。

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	

- (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

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。