

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> ・1年以内に撮影 ・縦4cm×横3cm ・上半身・脱帽・無背景 (イスタントカメラ・家庭用プリント不可) ・裏面に氏名

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								生 年 月 日				男 ・ 女				
	漢字（姓）				（名）				年 月 日								
個 人 番 号																	
現 住 所	〒				－					電話（ ）				－		本 籍 地	都 道 府 県
	市 町																

(15歳未満の児童のとき)

保護者 氏 名	フリガナ		続 柄
	漢字（姓）	（名）	

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）			
1								先・後			不要・要（ ）		右	左	計
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	.	{	.	{	聴力	右		{	審査		諮問		合計 点	⇒	総合	種別
	左	.		.			左									級	種