第２号様式

身体障害者手帳交付等申請（届出）書

年　　月　　日

写　真
*縦４㎝×横３㎝ *脱帽・上半身 *一年以内に撮影したもの **<u>*貼付しないで提出してください</u>**

新潟県知事　様

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	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 ＿＿＿＿＿＿＿＿

町村受付

県・市福祉事務所受付

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〔　－　－　〕	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。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿