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

町村受付

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

県・市福祉事務所受付

(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＿＿＿＿＿＿

(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＿＿＿＿＿＿

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。

＿＿＿＿＿＿＿＿