

身体障害者手帳交付等申請（届出）書

令和3年4月1日

新潟県知事 様

写 真

*縦4cm×横3cm

*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 新潟県

※本籍コード

居住地 新潟県村上市三之町 1 2 3 4

※住所コード

1 5

(フリガナ) ムラカミ

タロウ

氏 名 村上 太郎 電 話 0254-53-0000

性 別 1 男 2 女 生年月日

昭和30年 1月 1日生

個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1

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 _____
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

種別	原因	審査科	再認定
①	傷病		
②	傷病		
③	傷病		
④	傷病		
⑤	傷病		

※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。