

身体障害者手帳交付等申請（届出）書

年 月 日

新潟県知事 様

本籍地 _____

※本籍コード

--	--

居住地 _____

※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

大・昭・平・令

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

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 号	3. 昭和 4. 平成 5. 令和 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 []	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
等級 []	② []	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	③ []	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	④ []	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	⑤ []	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

※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。

希望交付場所 本庁・中之島支所・三島支所・越路支所・小国支所・山古志支所・和島支所・寺泊支所・栃尾支所・与板支所・川口支所