様式第６号（第６条関係）

身体障害者手帳県外転入届

年　　月　　日

長崎県知事　　様

別添の身体障害者手帳（写）を所持しておりますが、下記のとおり転入しましたので、届け出ます。

記

手帳番号	都道府県・市	第　　号	当初交付日	年　　月　　日
旧住所地	都道 府県		転　入　日 年　　月　　日	
氏名	フリガナ 漢字（姓）	（名）　　印	生年月日 年　　月　　日	男・女
個人番号				
現住所	〒　　－ 市 町	電話（　　）　　－	本籍地	都道 府県

※本人自筆の場合、押印を省略することができます。
（１５歳未満の児童のとき）

保護者氏名	フリガナ 漢字（姓）	（名）	続柄

入力内容（この欄は記入しないで下さい）

	原因ｺｰﾄﾞ	障害名ｺｰﾄﾞ	先	障害名（等級）	点	再審査	中間計算（級）
1			先・後			不要・要（　　）	右　左　両
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（　　）	

視力	右	.	.	聴力	右		合計	総合	種別
	左	.	.		左		点 ⇨	級	種

注　この様式は、県外及び長崎市、佐世保市からの転入の際に使用する。