様式第３号（第５条、第７条関係）

　　　　　　　身体障害者手帳交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　長崎県知事　様

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　 身体障害者手帳の交付を下記のとおり申請します。　　　 　　　　　　　　　　　 記**◇申請理由**（該当項目に○を）　　１　新　規　　２　等級変更・障害名追加　　　現在の手帳の写しを添付　　３　再認定 | の　　り |
| ＜写真＞・１年以内に撮影・縦４cm×横３cm・上半身・脱帽・無背景(ｲﾝｽﾀﾝﾄｶﾒﾗ･家庭ﾌﾟﾘﾝﾄ不可)・裏面に氏名 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 手帳番号 | 長　崎　県 | 第　　　　　　　　号 |
| 県外手帳 | 都道府県・市 | 第　　　　　　　　号 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | フリガナ |  | 生年月日 | 男・女 |
| 漢字（姓） | （名）印　 | 　　　　　　 | 年　　月　　　日 |
| 個　人　番　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現住所 | 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  | 電話（　　　　　）　　　　 　― | 本籍地 | 都道府県 |
| 　　　　　　　　市　　　　　　　　町 |

　　　※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） |  |  |  |  |  |
| 市町受付 |  |  | 県　受　付 |  |
| 保護者氏名 | フリガナ |  | 続 柄 |  |  |  |  |
| 漢字（姓） | （名） |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　決定内容（この欄は記入しないで下さい）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 消 | 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 | 計 |
| 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(　　　　　 　) |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 先･後 |  |  | 不要･要(　　　　　 　) |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 先･後 |  |  | 不要･要(　　　　　 　) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 視力 | 右 |  | . |  |  |  | . |  |  | 聴力 | 右 |  |  |  |  | 審査 |  | 諮問 |  |  | 合計 |  | 総合 | 種別 |
| 左 |  | . |  |  |  | . |  |  | 左 |  |  |  |  |  | 点 |  | 級 | 種 |