

■ 身体障害者手帳交付申請書 ■															
(あて先) 長崎市長 年 月 日 身体障害者手帳の 交付を申請しま す。	氏名	ふりがな ながさき たろう	本籍	長崎 都道府県		顔写真 (たて4cm×よこ3cm) 1年以内に撮影したもの 顔がはっきり写ったもの (正面向きで脱帽) *使用できないもの* サングラスを着用したもの ポラロイド写真 他の方と一緒に写ったもの									
		長崎 太郎 長崎 男・女	居住地	〒850-8685 長崎市桜町6番3号											
身体障害者手帳番号・等級 (既に交付を受けているとき)	保護者	昭・平 37年 1月 1日生	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2
	保護者	(15歳未満の児童のとき)	居住地	児童との 続柄											
	すでに身体手帳をお持ちの場合は、 手帳番号を記入してください。	個人番号													
身体障害者手帳番号・等級 (既に交付を受けているとき)			長崎 県 市 第 11111 号 2 種 6 級												

※「個人番号」は、市役所の窓口へ提出する時点で記入してください。(医療機関で診断書・意見書を記入してもらった場合は、絶対に記入しないでください。)

- 新規
 障害程度変更
 再審査

■ 身体障害者診断書・意見書 ■	
①障害名(部位を明記)	
②原因となった疾病・外傷名	交通、労災、その他の事故、戦傷 自然災害、戦災、疾病、先天性、その他()
③疾病・外傷発生年月日	年 月 日・場所
④参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む)	障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日 医師の記入欄になりますので、 記入しないでください。
⑤総合所見	[将来再認定 要 年後・不要]
⑥その他参考となる合併症状	
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付します。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 科 医師氏名 ㊦	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見[障害程度等級についても参考意見を記入] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する (級相当) ・該当しない	

注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。
 2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」(別様式)を添付してください。
 3 障害区分や等級決定のため、長崎市社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。

備考 記名押印に代えて署名することができます。