

身体障害者手帳〔1. 交付 2. 再交付〕申請書

申請日 平成 年 月 日

熊本市長 様

(申請者) 居住地 熊本市

氏 名 印

※申請者欄の氏名を自署する場合は、押印は不要です。

サイズ
縦4cm×横3cm

※写真は貼らずに
持参してください。

次のとおり申請します。

(申請事由)……………該当する項目を○で囲んでください。

新規	新規交付
再交付	障害程度／等級変更 ・ 障害部位追加 ・ 再認定 ・ 紛失・破損 ・ その他

(本人氏名・居住地等)

ふりがな		性 別	明治	
氏 名			生 年 月 日	
		男 ・ 女	大正	
			昭和 年 月 日	
			平成	
個人番号				
居 住 地			本籍	
熊本市				
(施設入所：有 / 無)			電話番号	- -
			都 道 府 県	

(保護者氏名・居住地等)……………本人が15歳未満の児童の場合のみ記入してください。

ふりがな		保護者となった日	
氏 名		平成 年 月 日	
続柄	居 住 地		
	電話番号 - -		

(既手帳交付内容等)

手 帳 番 号	JR 割引	等級	交 付 年 月 日	再 交 付 年 月 日
() 都道府県・市 第 号	種	級	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日

受 取 窓 口

区役所	中央	東	西	南	北

総合出張所

託	河	天	幸	城	清	龍
麻	内	明	田	南	水	田

入		確	
力		認	

備考	総合出張所・管轄外区役所 受 付 印	管 轄 区 役 所 受 付 印	障がい者福祉相談所 受 付 印