

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										明治					
氏 名										生 年 月 日		大正 昭和 平成 年 月 日			
個人番号															
居 住 地 熊本市												本籍			
(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 制引	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 区役所

入取窓口	中央	東	西	南	北

総合出張所

託 麻	河 内	天 明	幸 田	城 南	清 水	龍 田

入力		確認	
----	--	----	--

備考	受 付 印	受 付 印	受 付 印