

身体障害者手帳〔1. 交付〕 〔2. 再交付〕申請書

令和 年 月 日

熊本市長 様

(申請者) 居住地 熊本市 _____

氏 名 _____

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 大正																			
	年 昭和																			
	月 平成																			
	日 令和																			
	年 月 日																			
個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr></table>																				
居住地 熊本市																				
(施設入所：有 / 無)	電話番号 - -																			

(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
	令和
	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 令和 平成 年 月 日	昭和 令和 平成 年 月 日

受取窓口

中	東	西	南	北	

総合出張所

託	河	天	幸	城	清	龍	
麻	内	明	田	南	水	田	

入	力	確
認	認	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