

身体障害者手帳〔1. 交付
2. 再交付〕申請書

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		大正	
		昭和	
		平成	
		令和	
生年月日		年	月 日
個人番号			
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	
氏 名	
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			昭和 令和	昭和 令和
第 号	種	級	平成 年 月 日	平成 年 月 日

受取窓口	区役所					総合出張所					入力	確認		
	中央	東	西	南	北	託麻	河内	天明	幸田	城南			清水	龍田
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