

更生医療同時申請
有・無

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

氏 名

個人番号

居住地
熊本市

(施設入所：有 / 無)

明治
大正
昭和
平成 年 月 日
令和

生
年
月
日

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 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

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

入力

確認

備考
身体障害者手帳交付通知送付先
☐自宅
☐自宅以外()

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