

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 3 年 2 月 1 日

**記入例**

縦4cm×横3cm

※写真は貼らずに  
持参してください。

熊本市長 様

(申請者) 居住地 熊本市 中央区手取本町 1 番 1 号

氏 名 熊本 太郎

次のとおり申請します。

15歳以上であれば本人を記入してください  
15歳未満であれば保護者の住所・氏名を記入してください

(申請事由).....該当する項目を○で囲んでください。

|     |                                        |
|-----|----------------------------------------|
| 新規  | <b>新規交付</b>                            |
| 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                 | くまもと たろう                | 明治                |
| 氏 名                  | 熊本 太郎                   | 生 大正              |
|                      |                         | 年 <b>昭和</b>       |
|                      |                         | 月 平成 25 年 4 月 1 日 |
|                      |                         | 日 令和              |
| 個人番号                 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 |                   |
| 居住地                  | 熊本市 中央区手取本町 1 番 1 号     |                   |
| (施設入所：有 / <b>無</b> ) | 電話番号                    | 090 - 1111 - 1111 |

(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  | <b>本人が15歳未満であれば<br/>保護者の住所・氏名を記入してください</b> |          |
| 続柄   | 居住地                                        |          |
|      |                                            | 電話番号 - - |

(既手帳交付内容等)

|           |          |    |          |          |
|-----------|----------|----|----------|----------|
| 手 帳 番 号   | JR<br>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 | 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

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

備考

身体障害者手帳交付通知送付先

☐ 自宅

☐ 自宅以外( )

身体障害者手帳が交付されましたら、お知らせいたします。その送付先を記入してください