

身体障害者手帳(交付・再交付)申請書

申請日 年 月 日

熊本県知事 様

(申請者) 居住地 _____
 氏名 _____ 印

写 真
 4cm×3cm
 胸から上・脱帽
 最近1年以内の
 もの

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。

1 新規	11 新規交付			
2 再交付	21 障害程度変更 25 紛失	22 障害名変更 26 その他()	23 障害追加	24 破損 27 再認定

(本人氏名・居住地等)

フリガナ		生年 月日	年 月 日
氏名			
個人番号			
居住地			
電話番号	— —	入所施設名	

(保護者氏名・居住地等) 本人が15歳未満の場合のみ記入してください。

フリガナ		続柄	保護者となつた日	年 月 日
氏名				
居住地				
		電話番号	— —	

(既手帳交付内容等)

手帳番号	J R 割引	等級	交付年月日	再交付年月日
() 都道府県・市 第 号	種	級	年 月 日	年 月 日
障害名			再認定	0 無し 1 有期 年 月
			福祉事務所・ 町村受付印	熊本県 受付印
管轄市町村				
管理番号				

備考 申請者欄の氏名を自署する場合は、押印は不要です。

(更生医療同時申請 有 ・ 無)

※心臓機能障害、じん臓機能障害及び肝臓機能障害については、必ず記入すること