

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

次のとおり申請します。

写 真
4cm×3cm
胸から上・脱帽
最近1年以内の
もの

(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 27 再認定
	24 破損

(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 った日	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
(第) 都道府県・市 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 (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