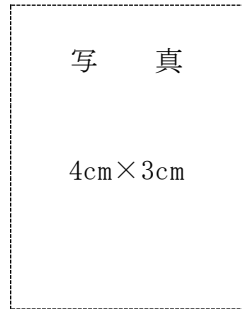


別記第5号様式(第5条関係) 身体障害者手帳( 交付 ・ 再交付 )申請書

熊本県知事 様  
申請日 年 月 日



(申請者) 居住地 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

下記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 22障害名変更 23障害追加 24破損 25紛失 26 その他( ) 27 再認定

(本人氏名・居住地等)

フリガナ 氏 名		性 別	生 年 月 日	明治	年	月	日
		1 男 2 女		大正 昭和 平成			
居住地		本籍					都道府県
		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。

フリガナ 氏 名		保護者とな った日	平成				日
続柄	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	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
障害名			再 認 定	
			0無し 1有期 2将来 3術後 年 月	
療育手帳番号	第 号	入 所 施 設		
管轄市町村				福祉事務所 町村受付印
管理番号				熊本県 受付印

備考 申請者欄の氏名を自署する場合は、押印は不要です。