

(職員記入欄)

K F  
有効期限 年 月 日 無期限  
IW・KKF・NKF・JKF

様式第4 (第8条関係)

令和 ◇年 ◇月 ◇日

鹿児島市長 殿

申請者 住所 鹿児島市 丁目 11 番 1 号

山下 町 番地

氏名 ○○ ○○

生年月日 平成 △年 △月 △△日生 ■■歳

電話番号 (099) 1234-5678

15歳未満の児童又は施設入所者

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_  
年 月 日生 歳

身体障害者手帳等級

療育手帳障害程度

精神障害者保健福祉手帳等級

手当証書名

友愛パス再交付申請書

下記の理由により友愛パスの再交付を受けたいので、申請します

記

該当する物に○印をつけてください。

1 再交付の理由 (紛失・盗難・災害による滅失・汚損又は破損)

2 紛失等の日 年 月 日

3 紛失等の場所