

(職員記入欄)
 K F
 有効期限 年 月 日 無期限
 IW・KKF・NKF・JKF

様式第2 (第4条関係)

令和 ◇年 ◇月 ◇日

鹿児島市長 殿

住所 鹿児島市 丁目 11 番 1 号
 山下町 番地

電話番号 (099) 1234-5678 方

ふりがな ○○○○ ○○○

氏名 ○○ ○○

平成 △年 △月 △△日生 ■■歳

※

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

友愛パス交付申請書

お持ちの手帳の情報をご記入ください。

鹿児島市友愛パス交付規則第4条の規定に基づき、友愛パス~~交付~~を申請します。

身体障害者手帳	第 号	鹿児島市 市号	交付年月日	障害名	等級
			年 月 日		級
療育手帳	第 号	鹿児島県	交付年月日	障害の程度	
			年 月 日		
精神福祉障害者保	第 号	鹿児島市 市号	交付年月日	障害等級	有効期限
			年 月 日	級	年 月 日
被爆者	手当証書名			交付年月日	
	証書			年 月 日	

備考

- 1 15歳未満の児童については、保護者が代わって申請してください。
- 2 身体障害者更生援護施設等の入所者については、施設等の長が代わって申請できます。
- 3 1又は2の場合には、児童又は当該施設入所者の氏名等を※欄に記入してください。