

(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)

年 月 日

鹿児島市長 殿

住所 鹿児島市 丁目 番 号  
町 番地

電話番号 ( ) - 方

ふりがな  
氏名

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

鹿児島市友愛パス交付規則第4条の規定に基づき、友愛パスの交付を申請します。

身体障害者手帳	第 号	鹿児島市 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 号	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 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。