

熊本県障がい者等用駐車場利用証(ハートフルパス)
妊産婦等の有効期限延長申請書

ハートフルパスの有効期限延長を申請します。

令和 年 月 日 千

住所

(申請者) (ふりがな)

氏 名

電話番号

必要事項を記入し、該当する項目に☒を入れてください。

交付番号

※ハートフルパス右下の5桁の番号

現在の有効期限

(西暦)

年

月

※ハートフルパス左下の有効期限

(多胎児該当の場合) ☐ 双子 ☐ 三つ子以上

添付する書類等に☒を入れ、この申請書とともに送付してください。

☐ (必須) 返送用切手(110 円分)

☐ (必須) ハートフルパス(オレンジ)のコピー

☐ (多胎児該当
の場合のみ) 母子手帳のコピー …子の保護者(住所・氏名・電話番号等)及び出生届出済証明の
記載があるページ

(補足) 「多胎児該当」の場合は、「母子手帳のコピー」を子の人数分同封してください。

【送付先】

〒862-8570 熊本県庁 健康福祉政策課 ハートフルパス担当あて
(この郵便番号を使うと、住所の記載を省略できます。)