**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 | | 〒  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。） |