**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。） |