



- ③ 送付用の封筒を申請者様でご用意いただいたうえ、＜郵便番号＞＜宛先＞を記載し、**所定の切手を貼付**してください。  
最後に、②で記載した「申請書」と「確認書類の写し（下の欄をご確認ください）」、「**180円切手**（申請者様に利用証を郵送する際に必要となります）」を同封し、送付してください。

②で記載した  
申請書

180円切手

確認書類の写し



対象者	確認書類（郵送の際に下記に記載の写しを同封してください）
障害者	手帳見開き部分の写し（3ページ）
高齢者等	介護保険被保険者証の表表紙 と 見開き部分の写し（4ページ）
難病患者	特定医療費（難病指定）受給者証または小児慢性特定疾病医療受給者証の見開き部分の写し（4ページ）
母子	表紙をめくったページ と 母子手帳番号の書かれたページの写し（5ページ） ※多胎児の場合は、各々の手帳の写しが必要
傷病者	医師の診断書若しくは意見書または公的機関の証明書等

## 【身体障害者】

身体障害者手帳 神戸市 第 号 交付日 氏名		障害名
(写真) 3×4cm 脱帽上半身 みほん 身体障害者等級表による級別 級 旅客鉄道株式会社 旅客運賃減額 第 種 神戸市 印		みほん

見本

<手帳番号>

## 【知的障害者】

療育手帳 神戸市 第 号 交付日 再交付 性別 氏名		本人の住所
(写真) 3×4cm 脱帽上半身 みほん 障害の程度 旅客鉄道株式会社 旅客運賃減額 第 種 神戸市 印		保護者の欄 氏名 続柄 電話 住所 みほん

見本

<手帳番号>

障害者手帳の見開き部分の写しを同封してください。

## 【精神障害者】

写真貼付欄		交付日 期限 (更新) 年 月 日 (更新) 年 月 日 (更新) 年 月 日 (更新) 年 月 日 (更新) 年 月 日
氏名 住所 生年月日 性別 障害等級	神戸市 印	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の保健福祉手帳

見本

<手帳番号>

**【高齢者等】**

(表表紙)

(見開き)

介護保険被保険者証の表表紙と見開き部分の写しを同封してください。

**【難病患者】**

(見開き)

特定医療費（難病指定）受給者証

特定医療費（難病指定）受給者証または小児慢性特定疾病医療受給者証の見開き部分の写しを同封してください。

小児慢性特定疾病医療受給者証

(見開き)

<受給者番号（主）>  
※公費負担者番号・受給者番号（副）ではありません。

## [母子]

区名  交付日 平成

太枠欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください。

続柄	ふりがな 氏名	生年月日(年齢)	職業
子の 父		年 月 日生(歳)	
		年 月 日生(歳)	
		年 月 日生(歳)	
保護 者		電話	
	居住地	電話	
		電話	

見本

----- 以下は市区町村で記入しますので、空欄のままお持ちください。 -----

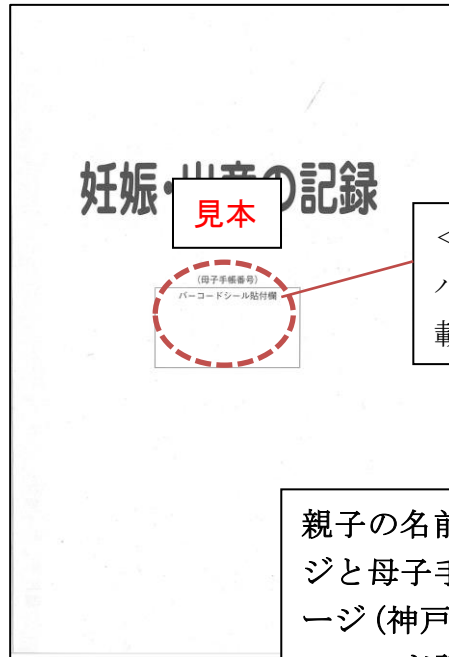
**出生届出済証明**

子の氏名		男・女
出生の場所	都道府県 市郡 区町村	
出生の年月日	平成 年 月 日	

上記の者については 年 月 日  
出生の届出があったことを証明する。

市区町村長 印

赤ちゃんが生まれたら14日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を受けてください。



<母子手帳番号（貼付  
バーコードの下部に記  
載の数字）>

親子の名前が確認できるページと母子手帳番号がわかるページ（神戸市の手帳の場合、バーコード記載のページ）の写しを同封してください。

※多胎児の場合は、各々の手帳の写しが必要