

年 月 日

写 真

(縦4cm×横3cm)

- (1) 脱帽して上半身を写したもので、原則として1年以内に撮影したもの
- (2) 写真の裏面にボールペンで氏名を記入してください。
- (3) 写真はのりづけせず、裏返しにしてセロハンテープで仮止めしてください。

申請者 〔障害者 本人〕	フリガナ 氏 名											
	個人番号											
	住 所	摂津市 電話 ()										
手 帳 の 有 効 期 限		年 月 日										
手 帳 番 号												
再 交 付 を 受 け る 理 由		1 破損 2 汚損 3 紛失 4 その他（理由： ）										
申請書を提出した者	氏 名					本 人 の 関 係	本人 家族 医療機関職員() その他()					
	住 所	電話 ()										

(注) ※欄は、記入しないでください。