

身体障がい者手帳交付申請書



年 月 日

写 真
(たて4cm よこ3cm)

○脱帽・上半身
○原則として1年以内に撮影したもの。
○写真はのりづけしないでください。

吹田市長 宛

郵便番号 (〒 -)

住 所

(申請者)

氏 名

連絡先

障がい者
との続柄

下記のとおり申請します。

(障がい者 (児))

住 所	(〒 -)		
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
連絡先 (電話番号等)		個人番号	

(医療費等の援護)

更 生 医 療	有 ・ 無	市ストマ助成	有 ・ 無
障がい者医療	有 ・ 無	福 祉 年 金	有 ・ 無

[市受付]

入力確認	台帳入力	(再) 交付日	診断料	住基チェック	受付者

☆添付書類等

診断書 写真 指定医師確認済

再認定時期

年 月