支援手帳交付等申請（届）書

豊中市長様

年　　月　　日

下記のとおり申請（届出）します。

また、関係部署及び関係機関への情報提供を行うことに同意します。

※生活状況等の確認のため、連絡をさせていただきます。

1. 申請（届出）内容

|  |  |
| --- | --- |
| □新規 | サービス利用の有無  □　有　（□障害福祉サービス　　□その他　　　　　　）  □　無 |
| □再交付 | 理由　　　□紛失・破損　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □届出内容変更  （変更した場合のみ  記入） | □氏名　（変更前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □住所　（変更前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □連絡先（変更前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

1. 支援手帳所持者（本人）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男　・　女 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | 大阪府豊中市 | | |
| 電話番号 |  | | |
| 障害者手帳 | □有（　身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳　）　□無 | | |

1. 申請者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | □支援手帳所持者本人　　□支援手帳所持者本人以外（下の欄に記入） | | |
| 氏　　　　名 |  | 本人との関係 |  |
| 住　　　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□本人と同じ    電話番号 | | |

|  |
| --- |
| 市 受 付 印 |
|  |

受付記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受付窓口 | □障害福祉課  □障害福祉センターひまわり  □（　　　　　　）障害者相談支援センター |
| 備考 |  |