3 cm 写 真 ・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。		療 育 手 「	帳 交 付 申	請書 年 月	日
大阪府知事	様				
		申請者	郵便番号 作所		
大阪府療育手帳	に関する規則第3	条第1項の規定		: の続柄 長の交付を申詞	清します。
申請区分	(県・	県又は指定都市 ・市) 堺市から転入	万(大阪市及び堺市		ら転入
			旧手帳番号	第	号
フリガナ 氏 名 本			生 年 月 日	年 月	日
住	大阪府 住所コ 2 7 1	•	村電話番号		
個人番号					
フリガナ 保 氏 名			続		
	大阪府 住所コ 2 7	•	村電話番号		
身体障害者手帳	有 等 無 級 級	障 害 名			
判記 定 の録 判定年 リ	月日	年 月	B2 日)
次の判定 (判定機関)		年 月			印