カード様式障害者手帳変更申込書

申請日　　　年　月　日

横浜市長

現在所持している紙様式の障害者手帳について、カード様式の障害者手帳への変更を申し込みます。

＜対象者＞

氏名：

住所：

生年月日：

電話番号：

＜申請者（交付のお知らせ連絡先は申請者となります）＞

氏名：

（対象者との続柄：

住所：

電話番号：

＜カード様式の手帳交付を希望する障害者手帳＞

○希望する障害者手帳の種別を記載してください。

※カードへの切替を希望する障害者手帳のコピー（両面）を添付してください。

○手帳所持者の顔写真を貼付してください。（顔写真は、縦４cm、横３cm、脱帽、正面を向いているものとしてください。写真の裏に氏名・生年月日・お住まいの区名を記載してください。）

　　　　　　　　＜写真に関する留意点＞

写真貼付欄

　　　　　　　　・カードに印字する写真は白黒（モノクロ）になります。

（カラーでご提出いただいても白黒（モノクロ）に加工します。）

　　　　　　　　・顔以外の背景については、削除の加工をすることがあります。

　　　　　　　　・提出していただいた写真はお返しすることができません。

　　　　　　　　・顔部分が小さすぎる等、印字に適さない写真をご提出いただいた場合、別の写真の再提出をお願いすることがあります。