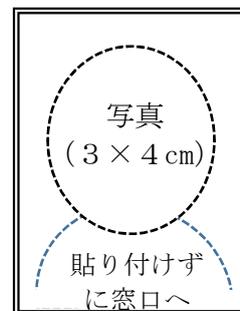


年 月 日

大分県知事 殿

居 住 地																			
ふりがな			続 柄																
氏 名																			
生 年 月 日	年	月	日生																
個 人 番 号																			
連 絡 先																			

15歳未満の児童																			
ふりがな																			
氏 名																			
生 年 月 日	年 月 日生																		
個 人 番 号																			



### 身体障害者手帳再交付申請書

私は、次のとおり

(	<input type="checkbox"/> 紛失しましたので
	<input type="checkbox"/> 破損して使用に耐えられませんので
	<input type="checkbox"/> 障害程度が変更しましたので
	<input type="checkbox"/> その他 ( )

)

関係書類を添えて再交付を申請します。

希望する手帳の形態 (どちらか一方のみ)	<input type="checkbox"/> 紙型	<input type="checkbox"/> カード型
旧手帳番号	県第	号 ( 年 月 日交付)

(備考)

身体に障がいのある15歳未満の児童については、手帳の交付は保護者が代わって申請することになっている。この場合には、児童の氏名、生年月日及び個人番号を [ ] 欄に記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。