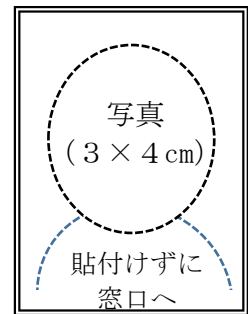


年 月 日

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  紛失しましたので  
 破損して使用に耐えませんので  
 障害程度が変更しましたので  
 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)

- 1 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。