身体障害者手帳返還届

年　　　月　　　日

島根県知事　殿

（届出者）

住所　〒

氏名

本人との続柄

電話番号

　下記の理由により、身体障害者手帳を返還します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 手帳所持者　　 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 居 住 地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □届出者に同じ |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 返　還　理　由 | １．障害を有しなくなったため２．手帳所持者が死亡したため３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 返還事由発生日 | 年　　　月　　　日 |

返還する手帳の記載内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 手帳番号 |  | 交付年月日 | 年　　月　　日 | 総合等級 |  |
| 障 害 名 |  |

第　　　　　　　号

島根県知事　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

印

　　　　　　　福祉事務所長

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので進達します。