

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 | 〒 <input type="checkbox"/> 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 | | | | | |

島根県知事 様

第 号

年 月 日

福祉事務所長

印

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。