

身体障害者手帳返還届

年 月 日

福祉事務所長様

届出者 住所

氏名 ①

下記の理由により、身体障害者手帳を返還します。

返還理由

50 死亡のため(年 月 日死亡)

51 障害程度の軽減のため

52 その他 具体的に記入してください。

[]

返還する手帳の内容	
住所	
氏名	
個人番号	
手帳番号	県第 号
交付年月日	年 月 日交付

第 号
年 月 日

島根県知事様

福祉事務所長 ①

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。

(注)1 該当する番号を○で囲むこと。

2 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。