

県収受印	福祉事務所収受印	町村収受印

(様式第5号) (第7条関係)

身体障害者手帳返還届書

年 月 日

長野県知事 殿

返還者 居住地

ふりがな
氏名

(続 柄)

連絡先 ()

私は(下記の者は)、下記理由により身体障害者手帳を返還します。

記

居住地

ふりがな
氏名

年 月 日生

個人番号

身体障害者手帳番号 県 第 号

同 上 交付年月日 年 月 日

理 由

- 1 法別表に掲げる障害を有しなくなったため
- 2 年 月 日死亡したため
- 3 知事から返還を命じられたため
- 4 障害程度の変化等により新たに手帳を交付されたため
- 5 旧手帳を発見したため

備 考	
-----	--

- (備考) 1 死亡又は障害程度の変更の場合で、焼却、亡失等により手帳を返還できないときは、その理由を備考欄に記載して提出すること。
2 不要の文字は、抹消すること。

来庁 使用者 郵送	番号 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 保有特定個人情報 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住基検索 <input type="checkbox"/> 個人番号記載住民票・記載事項証明	代理権 確認	<input type="checkbox"/> 法定代理人 (<input type="checkbox"/> 戸・ <input type="checkbox"/> 住・ <input type="checkbox"/> 成後・ <input type="checkbox"/> その他[]) <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 本人の一号/二号書類 <input type="checkbox"/> 個カ・ <input type="checkbox"/> 免・ <input type="checkbox"/> バ・ <input type="checkbox"/> 在・ <input type="checkbox"/> 身・ <input type="checkbox"/> 療・ <input type="checkbox"/> 精・ <input type="checkbox"/> 他 ()	確認者	
身元 確認	本人・ 代理人	一号書類 (1点で可) <input type="checkbox"/> 個カ・ <input type="checkbox"/> 免・ <input type="checkbox"/> バ・ <input type="checkbox"/> 在・ <input type="checkbox"/> 身・ <input type="checkbox"/> 療・ <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> その他 ()	二号書類 (2点以上) <input type="checkbox"/> 保・ <input type="checkbox"/> 介・ <input type="checkbox"/> 受給証・ <input type="checkbox"/> 年手 <input type="checkbox"/> その他 ()	(左記との組合せで可とするもの) <input type="checkbox"/> 学証・ <input type="checkbox"/> 社証・ <input type="checkbox"/> 診 <input type="checkbox"/> その他 ()	聞取り確認 確認事項	法人の場合 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> ()