

身体障害者手帳返還届

年 月 日

(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					

市町村記入欄 <input type="checkbox"/> 記載の個人番号は本人のものと相違ありません。 ①確認年月日 年 月 日 ②確認者 ③確認方法 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()
