

身体障害者手帳返還届

年 月 日

沖縄県知事 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 | | | | | |
| 沖縄県知事 殿 | | | | 第 年 月 日 | 号 日 |
| | | | | 福祉事務所長 町 村長 | 印 |
| 上記のとおり、身体障害者手帳返還届を受理したので進達します。 ※身体障害者手帳の添付 (有 ・ 無) | | | | | |

- (注) 1 死亡による返還の場合は、個人番号については記入する必要がないこと。
2 返還理由欄は、該当する事由に○印をいれること。
3 再交付による場合には、返還する手帳の最終の交付年月日を記載すること。
4 身体障害者手帳の添付がない場合は、紛失理由書を添付すること。