

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

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

月

日交付

第 号

年 月 日

島 根 県 知 事 様

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。

- (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事。