

支所受付日(受付印)	本庁受付日(受付印)

## 身体障害者手帳返還書

年 月 日			
<p>安 芸 高 田 市 長 様</p> <p>次の理由により、身体障害者手帳を返還します。</p> <p>1 死亡した。( 年 月 日死亡)</p> <p>2 再交付を受けたため、不要となった。</p> <p>3 法別表に掲げる障害を有しなくなった。</p> <p>4 その他( )</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">居住地</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">市 区 番 号 郡 町・村 番地</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">届出人氏名</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">(電話番号 )</p>			
身体障害者手帳の 交付を受けた者	居住地	市 区 番 号 郡 町・村 番地	
	氏 名		
	個人番号		
手 帳 番 号	第 号	交付年月日	年 月 日
障 害 者 と 返 還 届出人との関係			
(備考)			

<p>身体障害者手帳まつ消済</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">事務担当者氏名</p>
---

注 返還すべき手帳を亡失したとき、または、返還理由について必要な事項があるときは、備考欄に詳細に記入すること。