

身体障害者手帳返還届

年 月 日

(あて先)秋田県身体障害者更生相談所長

届出者 居住地

ふりがな
氏 名

身体障害者との続柄 ()

(電話番号)

身体障害者福祉法第16条第1項(身体障害者福祉法施行規則第7条第2項、第8条第2項)の規定により、
身体障害者手帳を返還します。

- 返還理由
- | | | |
|--------------|---|--|
| 1 障害を有しなくなった | { | I 医師より該当しないとの説明があったため
II 手帳交付却下の決定があったため
III その他
(具体的な理由:) |
|--------------|---|--|
- 2 死亡した(死亡年月日: 年 月 日)
- 3 身体障害者手帳の再交付を受けた
- 4 紛失した手帳を発見した(手帳の紛失による再交付後の場合)

ふりがな 氏 名		個人番号	
居 住 地			
手 帳 番 号	第		号
当初交付年月日	年	月	日

第 号
年 月 日

秋田県身体障害者更生相談所長 様

鹿角市福祉事務所長

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。

備考

- 1 15歳未満の児童については、保護者が返還してください。
- 2 返還理由は、該当する番号を○で囲んでください。
- 3 返還理由が「2. 死亡した」の場合、内枠内の「個人番号」欄の記入は不要です。
- 4 身体障害者手帳の交付を受けた者が自ら返還する場合は、内枠内の「氏名」及び「居住地」欄の記入を省略することができます。