

身体障害者手帳返還届

年 月 日

長崎県知事 様

届出者住所 _____

届出者氏名 _____

(手帳所持者との関係: _____)

下記の者の身体障害者手帳を返還します。

記

1 身体障害者手帳の内容

手帳番号	都道府県・市	第	号	
フリガナ				生 年 月 日
氏 名	漢字(姓)	(名)		年 月 日
住 所	市 町			

2 返還の理由(該当項目に を)

1 死亡 (年 月 日)

2 障害を有しなくなった(障害名 _____)

3 その他(具体的な理由: _____)

市町処理欄

返 還 日	年 月 日
-------	-------

死亡の場合は、死亡年月日を記入する。