

県收受印	福祉事務所收受印	町村收受印

(様式第5号) (第7条関係)

身体障害者手帳返還届書

年 月 日

長野県知事 殿

返還者 居住地

ふりがな
氏 名

(続 柄)

私は(下記の者は)、下記理由により身体障害者手帳を返還します。

記

居住地

ふりがな
氏 名

年 月 日生

個人番号

身体障害者手帳番号 県 第 号

同 上 交付年月日 年 月 日

理 由

- 1 法別表に掲げる障害を有しなくなったため
- 2 年 月 日死亡したため
- 3 知事から返還を命じられたため
- 4 障害程度の変化等により新たに手帳を交付されたため
- 5 旧手帳を発見したため

備 考	
-----	--

- (備考)
- 1 死亡又は障害程度の変更の場合で、焼却、亡失等により手帳を返還できないときは、その理由を備考欄に記載して提出すること。
 - 2 不要の文字は、抹消すること。