

身体障害者手帳返還届

平成 年 月 日

山形県知事 殿

住 所

氏 名

下記の身体障害者手帳を再交付 破損 非該当 死亡(年 月 日)のため返還いたします。

記

| | |
|------|-------------------------|
| 手帳内容 | 住 所 |
| | 氏 名 |
| | 身体障害者手帳番号 都・道・府・県・市 第 号 |
| | 同上交付年月日 昭和・平成 年 月 日 |
| | 障 害 名 機能障害 級 |
| 個人番号 | |

※「個人番号」の欄は、「非該当」又は「死亡」により返還する場合に、手帳所持者の個人番号を記載すること。

(市町村記入欄)

| |
|------|
| 本人確認 |
| |

平成 年 月 日

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので進達する。

福祉事務所長 印

山形県知事 殿