

| |
|-----------|
| 町受付日（受付印） |
| |

身体障害者手帳返還書

| | | | |
|------------------------|-----|------------|----------------------|
| 年 月 日 | | | |
| 北 広 島 町 長 様 | | | |
| 次の理由により、身体障害者手帳を返還します。 | | | |
| 1 死亡した。（ 年 月 日死亡） | | | |
| 2 再交付を受けたため、不要となった。 | | | |
| 3 法別表に掲げる障害を有しなくなった。 | | | |
| 4 その他（ ） | | | |
| 居 住 地 | | | |
| 市 | | 区 | 番 号 |
| 郡 | | 町 | 丁 目 |
| 村 | | 番 地 | 番 地 |
| 届出人氏名 | | | |
| | | | |
| 身体障害者手帳の 交付を受けた者 | 居住地 | 山県郡北広島町 番地 | |
| | 氏 名 | | |
| 手 帳 番 号 | 第 号 | 交付年月日 | 昭和 平成 年 月 日 令和 |
| 障 害 者 と 返 還 届出人との関係 | | | |
| (備考) | | | |

| |
|-------------|
| 身体障害者手帳まつ消済 |
| 年 月 日 |
| 事務担当者氏名 |
| ㊟ |

注 返還すべき手帳を亡失したとき、又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