

# 身体障害者手帳返還届

令和 年 月 日

岡山県知事 殿

居住地 〒

氏<sup>り</sup>が<sup>な</sup>名

身体障害者との続柄（ ） 電話（ ） ー

次のとおり身体障害者手帳を返還します。

身体障害者	居住地	
	氏名	
	個人番号	
身体障害者手帳番号	第 号	
身体障害者手帳交付年月日	S・H・R 年 月 日	
障害名		
返還理由	死亡（死亡年月日 年 月 日） 治癒 その他（ ）	

第 号  
年 月 日

岡山県知事 殿

福祉事務所長 印  
町 村 長 印

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） 身体障害者本人が死亡したことによる返還の場合は、個人番号は記載する必要がないこと。

様式第5号(第6条関係)