

# 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 ( ) -

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）