

県収受印	福祉事務所収受印	町村収受印

(様式第4号) (第5条関係)

身体障害者手帳返還届書

長野県知事 殿
(返還者)
居住地 〒

氏 名
身体障害者本人との続柄 電話番号

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

身体 障害 者 本 人	ふりがな												
	氏 名												
	生年月日	年 月 日生											
	居 住 地	〒 ☐ 返還者に同じ											
	個人番号												
	身体障害者手帳 手帳番号	県・市 第 号											
	身体障害者手帳 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) 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。

市町村 記入欄	記載の個人番号は身体障害者本人のものと相違ありません。 ①確認年月日 年 月 日 ②確認方法 ☐ マイナンバーカード ☐ 住民票の写し・住民票記載事項証明書 ☐ その他()
------------	---