

## 身体障害者手帳返還書

平成 年 月 日

(あて先)秋田県福祉相談センター所長

届出者 住 所

ふりがな  
氏 名

(印)

身体障害者との続柄 ( )

(電話番号 )

身体障害者福祉法第16条第1項(身体障害者福祉法施行規則第7条第2項、第8条第2項)の規定により、  
身体障害者手帳を返還します。

返還理由

- 1 障害を有しなくなった
- 2 死亡した。(死亡年月日: 年 月 日)
- 3 身体障害者手帳の再交付を受けた。
- 4 紛失した手帳を発見した。(手帳の紛失による再交付後の場合)

氏 名		個人番号	
現 住 所			
手 帳 番 号	第	号	
交 付 年 月 日	年	月	日

福事発第 号

平成 年 月 日

秋田県福祉相談センター所長 様

にかほ市福祉事務所長

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**

- 1 15歳未満の児童については、保護者が返還してください。
- 2 返還理由は、該当するものの番号を○で囲んでください。
- 3 身体障害者手帳の交付を受けた者が自ら返還する場合は、内枠内の「氏名」及び「現住所」欄の記入を省略することができます。