

身体障害者手帳返還届

年 月 日

長 崎 県 知 事 様

届出者住所

届出者氏名

（手帳所持者との関係： ）

下記の者の身体障害者手帳を返還します。

記

1 身体障害者手帳の内容

手帳番号	都道府県・市	第	号
フリガナ			生 年 月 日
氏 名	漢字（姓）	（名）	年 月 日
住 所	市 町		

2 返還の理由（該当項目に○を）

- 1 死 亡 （ 年 月 日）
- 2 障害を有しなくなった（障害名 ）
- 3 その他（具体的な理由： ）

市町処理欄

返 還 日	年 月 日
-------	-------

※死亡の場合は、死亡年月日を記入する。