

様式第8号(第8条関係)

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。