|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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

　　　　　年　　　月　　　日

　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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |

記

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(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |