身体障害者手帳返還届

令和　　年　　月　　日

山　形　市　長

 住所　　　〒　　　　　－

 氏名

 電話番号　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　）

下記の理由により身体障害者手帳を返還いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 返還理由 | １　身体障害者手帳再交付　　※再交付日（令和　　　年　　　月　　　日）２　障がい程度の軽減による非該当３　死亡　（令和　　　年　　　月　　　日）４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 手帳番号 | 　　　　　　都 ・　道 ・　府 ・　県 ・　市　　　第　　　　　　　　号 |
| 当初交付年月日 | 大正 　・　 昭和 　・　 平成 　・　 令和　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 大正 　・　 昭和 　・　 平成 　・　 令和　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住所 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 種別　・　等級 | 　　　　　　　種　　　　　　　級 |
| 障がい名 | 視覚　・　聴覚　・　平衡　・　音声　・　言語　・　そしゃく肢体不自由（　　　　　　　　　　　　　　　）　・　心臓　・　呼吸器ぼうこう　・　直腸　・　小腸　・　免疫　・　肝臓　　　　　　　　　　　　　　　機能障害 |

※「個人番号」の欄は、「非該当」又は「死亡」により返還する場合に、手帳所持者の個人番号を記載すること。

---------------------------------事務処理欄（以下の欄は記入しないでください）----------------------------------

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 原本確認 | □済　　　　□紛失 | 起案 |  |
| 申請情報確認 |  | 台帳整理 |  |
| 入力 |  |  |