

身体障害者手帳返還届

令和 年 月 日

(宛先)山 形 市 長

届出者 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	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・じん臓・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			