

身体障害者手帳返還届

年 月 日

(あて先) 甲府市長

届出者 住所

氏名 _____

次の者は、

- 1 年 月 日死亡のため
- 2 障害を有しなくなったため
- 3 旧手帳を発見したため
- 4 障害程度の変更等により手帳を交付されたため

身体障害者手帳を返還します。

住 所 (手帳記載の住所)

返 還 者
(手帳所持者) _____

氏 名 _____

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

身体障害者手帳番号 県(市) 第 号

交付年月日 年 月 日

障 害 名 肢体 / 視覚 / 聴覚・平衡 / 音声・言語・そしゃく / 内部

(○をつけてください)

紛 失 ※紛失等により手帳を返還できないときは、にチェックのうえ提出してください。