

身体障害者手帳返還届

年 月 日

愛知県知事 殿

(届出者)
住所 〒

氏名
本人との続柄
電話番号

下記の理由により、身体障害者手帳を返還します。

記

手帳所持者	フリガナ							生年月日	年 月 日				
	氏 名												
	居 住 地	〒 □届出者に同じ											
	個人番号												
返 還 理 由		1. 障害を有しなくなったため 2. 手帳所持者が死亡したため 3. その他 ()											
返還事由発生日		年 月 日											

返還する手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日	年 月 日	総合等級	
障 害 名					

(*) 市町村記載欄

補装具・更生医療受給の有無 (一度でもある場合は「有」)	有 ・ 無
---------------------------------	-------