|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **身体障害者手帳返還届**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日　　岡　山　県　知　事　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 住 　 所 |  |
| 氏 　 名 |  |
| 身体障害者との続柄 |  |
| 電話番号 | （　　　　）　　 　　― |

　 　 　届　出　者　　　 　　　　　　　　　次のとおり身体障害者手帳を返還します。 |
| 身体障害者 | 居住地 |  |
| 氏　　　名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手　帳　番　号 | 第　　　　 　号 |
| 手帳交付年月日 | S ・ H ・ R　　　　　年　　　月　　　日 |
| 障　　　害　　　名 |  |
| 返還理由 | 死亡したため（死亡年月日　　 　年　　　月　　　日）法別表に掲げる障害を有しなくなったため　　　　　　　失った旧手帳を発見したためその他 　　　　　　　　　 　　　　　　　 |

（備考）身体障害者本人が死亡したことによる返還の場合は、個人番号は記載する必要がないこと。