

身体障害者手帳返還届

令和 年 月 日

沖縄県知事 殿

(届出者)

ふりがな  
氏名

住所

電話番号

本人との続柄

下記の理由により、身体障害者手帳を返還いたします。

- ① 本人の死亡による〔死亡年月日： 年 月 日〕
- ② 自主返還又は返還命令を受けての返還による
- ③ 再交付による〔返還する手帳の交付（再交付）年月日： 年 月 日〕
- ④ その他（ ）

※該当する番号を○で囲むこと。

(返還者) ふりがな  
氏名

個人番号

居住地

手帳番号 第 号

手帳交付年月日 年 月 日交付

障害名

令和 年 月 日

身体障害者指導台帳消去済

沖縄市福祉事務所長

沖縄県知事 殿

沖市障第 号

令和 年 月 日

沖縄市福祉事務所長

上記のとおり、身体障害者手帳返還届を受理したので進達します。

身体手帳の添付 ( 有 ・ 無 )

- (注) 1 身体障害者手帳の添付がない場合は、紛失理由書を添付すること。
- 2 再交付による場合は、返却する手帳の最終の交付年月日を記載すること。