身 体 障 害 者 手 帳 返 還 届

　　年　　月　　日

山　形　県　知　事　　殿

住　所

氏　名

下記の身体障害者手帳を□再交付　□破損　□非該当　□死亡(　　年　　月　　日)　　　　　　　　　　のため返還いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 手帳内容 | 住 　　所　　氏 　　名　　身体障害者手帳番号　　　　　　　　　都・道・府・県・市　　　第　　　　　号同上交付年月日　　昭和 ・ 平成・令和　　　　年 　　　月 　　　日障　害　名　　　　　　　　　　　機能障害　　　　　　級 |
| 個人番号 | 　 |

　　　　※「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。

　（市町村記入欄）

本人確認

第　　　　　号

令和　　年　　月　　日

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので進達する。

　福祉事務所長　印

山　形　県　知　事　　殿

H28.1