

身体障害者手帳返還届

年 月 日

三重県知事 宛て

(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	〒			
	個人番号				
返還理由	1. 死亡のため(死亡した日を返還事由発生日に記載) 2. 障害程度の軽減(治癒)のため 3. その他(理由)				
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					

第 号

年 月 日

三重県知事 宛て

福祉事務所長又は町長

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので送付します。

市町欄	個人番号チェック欄
	<input type="checkbox"/> 番号確認(番号が正しいか) <input type="checkbox"/> 本人確認(番号の正しい持ち主か)