

身体障害者手帳返還書

年 月 日

山口県知事 様

返還者 郵便番号
 住 所
 氏 名 ⑩
 続 柄
 (電話 — —)
 個人番号
 (本人が15歳未満の児童の場合不要)

下記のとおり 身体障害者福祉法第16条第1項 の規定により身体障害者
 身体障害者福祉法施行規則第7条第2項
 手帳を返還します。

記

交付番号	第 号	交付年月日	年 月 日
返還の理由	1 障害を有しなくなった。 2 死亡した。(年 月 日死亡・死亡者名：) 3 障害程度に重大な変化が生じ、又は新たな障害を有するに至ったことにより、新たに身体障害者手帳の交付を受けた。 4 再認定により新たな身体障害者手帳の交付を受けた。 5 その他 ()		
備 考			

届出者 住 所 〒
 氏 名
 申請者との関係
 電話 (FAX) 番号

添付書類
 身体障害者手帳

- 注 1 返還者の続柄は、身体障害者福祉法第16条第1項の規定により、身体障害者手帳の交付を受けた者の親族又は同居の縁故者でその身体障害者手帳を所持するものが返還する場合にのみ、返還者と死亡した身体障害者手帳の交付を受けた者との続柄又は関係を記入すること。
- 2 返還者の氏名を自署したときは、押印することを要しないこと。
- 3 返還者の個人番号は、返還者が身体に障害のある者である場合にのみ、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第2条第5項に規定する個人番号（以下「個人番号」という。）を記入すること。
- 4 「返還の理由」欄は、該当するものの番号を○で囲むこと。
- 5 「備考」欄は、返還者が身体に障害のある者以外の者である場合にのみ、この返還に係る身体に障害のある者に係る個人番号を記入すること。