

# 身体障害者手帳返還届

令和 年 月 日

岡山県知事 殿

居住地 〒

ふりがな  
氏 名

身体障害者との続柄 ( ) 電話 ( ) -

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	

身体障害者手帳番号	第 号
-----------	-----

身体障害者手帳交付年月日	S・H・R 年 月 日
--------------	-------------

障 害 名	
-------	--

返 還 理 由	死 亡 (死亡年月日 令和 年 月 日) 治 癒 その他 ( )
---------	--

第 号  
令和 年 月 日

岡山県知事 殿

福祉事務所長  
町 村 長 印

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので進達します。