

身体障害者手帳返還届

年 月 日

岡山市長 様

居住地

電話 ()

氏名

身体障害者との続柄 ()

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	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			
身体障害者手帳番号	県・市 第 号																				
身体障害者手帳交付年月日	昭和 平成 年 月 日 令和																				
返 還 理 由	1 死亡 死亡年月日 年 月 日																				
	2 治癒																				
	3 その他 ()																				

第 号
年 月 日

岡山市長 様

岡山市 福祉事務所長

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。