様式５（様式例）

（和暦）　　　　　　年　　　月　　　日

山梨県知事　殿

返還者

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |

身体障害者手帳返還届

　　次のとおり身体障害者手帳を返還します。

|  |  |
| --- | --- |
| 居 住 地 |  |
| 氏　　名 |  |
| 個人番号（手帳所持者） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| 身体障害者手帳 | 手帳番号　　　　　　　　　　県　第　　　　　　　号交付年月日　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 返還理由 |  １　　　　　　年　　　月　　　日死亡したため ２　障害を有しなくなったため（再認定期日経過含む） ３　旧手帳を発見したため ４　程度変更・紛失・破損により手帳の再交付を受けたため |
| 備　　考 |  |
| 紛　　失 | □ |

注　　焼却、紛失等により手帳を返還できないときは、紛失欄にチェックのうえ提出すること。