

第5号様式（第5条関係）

身体障害者手帳返還届

年 月 日	
届出者	住所 _____
	氏 名 _____
下記の理由により、身体障害者手帳を返還します。	
返 還 理 由	
	死亡のため（ 年 月 日 死亡 ）
	障害程度の軽減（治癒）のため
	その他（理由 _____ ）
※該当理由に○印を付けてください。	
返 還 す る 手 帳 の 内 容	
氏 名	
個人番号	
住 所	
手帳番号	第 _____ 号
交付年月日 (新規手帳取得日)	年 月 日

第 \_\_\_\_\_ 号  
年 月 日

三重県知事 宛て

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。

福祉事務所長又は町長

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