

身体障害者手帳返還届書		
年 月 日		
住 所 ふりがな 氏 名		
下記の者	のため身体障害者手帳を返還します。	
記		
住 所 返還者 ふりがな 氏 名 個人番号		
身体障害者手帳番号	県第	号
同上交付年月日	年	月 日
障 害 名		
第 号 年 月 日		
福岡県障がい者更生相談所長 殿		
市福祉事務所長 ㊟ 町 村 長 ㊟		
上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので送付します。		

- 注) ・手帳再交付による返還の場合は、再交付の理由(障害変更、再認定、破損、紛失等)を記入してください。
・死亡による返還の場合は、死亡年月日を記入してください。