

年 月 日

盛岡市長 様

居 住 地

氏 名

身 体 障 害 者 手 帳 返 還 届

下記の者 $\left[\begin{array}{l} \cdot \text{死亡 (年 月 日)} \\ \cdot \text{障害程度の軽減 (治癒)} \\ \cdot \text{身体障害者手帳再交付} \\ \cdot \text{その他 ()} \end{array} \right]$ のため、身体障害者手帳を返還します。

記

住 所

返還者

氏 名

個人番号

身体障害者手帳番号 第 号 (種 級)

同 上 交 付 年 月 日 年 月 日

障 害 名

-----事務処理欄 (以下の欄は記入しないでください) -----

受付番号		受付日	
決裁日		手帳処理	

記載例

令和3年 7月 4日

盛岡市長 様

居 住 地 盛岡市内丸12番2号

氏 名 内 丸 太 郎

身体障害者手帳返還届

下記の者
・死亡（令和3年 7月 1日）
・障害程度の軽減（治癒）
・身体障害者手帳再交付
・その他（ ）
のため、身体障害者手帳を返還します。

記

住 所 盛岡市内丸12番2号

返還者

氏 名 内 丸 太 郎

個人番号 ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○

身体障害者手帳番号 盛岡市 第 99999 号（ 1種 2級）

同 上 交 付 年 月 日 平成20年 4月 1日

障 害 名 ○○○○○○による○○○機能障害

-----事務処理欄（以下の欄は記入しないでください）-----

受付番号		受付日	
決裁日		手帳処理	

(申請・届出・申し込みにあたっての注意事項)

申請・届出・申込をするにあたっては、次の点について個別に判断が必要となる場合がありますので、事前に障がい福祉課へ御確認をいただいた上で、必要な書類を御提出くださいますようお願いいたします。

- ・ 制度の対象となるかどうか
- ・ 添付すべき書類があるかどうか など