

身体障害者手帳返還届		年 月 日
沖縄県知事 殿		
(届出者)		氏 ^{ふりがな} 名 住 所 電話番号 本人との続柄
下記の理由により、身体障害者手帳を返還いたします。		
記		
1 本人の死亡による [死亡年月日: 年 月 日] 2 自主返還又は返還命令を受けての返還による 3 再交付による [返還する手帳の交付(再交付)年月日: 年 月 日] 4 その他 () ※該当する番号を○で囲むこと。		
(返還者)	氏 ^{ふりがな} 名 個人番号 居住地 手帳番号 第 号 手帳交付年月日 年 月 日交付 障害名	
年 月 日		
身体障害者指導台帳消除済 福祉事務所長 町村長		
沖縄県知事 殿		第 号 年 月 日 福祉事務所長 町村長
上記のとおり、身体障害者手帳返還届を受理したので進達します。		
身体障害者手帳の添付 (有・無)		

- (注) 1 身体障害者手帳の添付がない場合は、紛失理由書を添付すること。
 2 再交付による場合には、返還する手帳の最終の交付年月日を記載すること。