県収受印	福祉事務所収受印	町村収受印

（**様式第５号**）（第７条関係）

身体障害者手帳返還届書

年　　月　　日

長 野 県 知 事　殿

返還者　居住地

ふりがな
氏　名

（続　柄）

私は（下記の者は）、下記理由により身体障害者手帳を返還します。

記

居住地

ふりがな
氏　名　　年　　月　　日生

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

理　由

1　法別表に掲げる障害を有しなくなったため
2　　年　　月　　日死亡したため
3　知事から返還を命じられたため
4　障害程度の変化等により新たに手帳を交付されたため
5　旧手帳を発見したため

備　考	

（備考）　1　死亡又は障害程度の変更の場合で、焼却、亡失等により手帳を返還できないときは、その理由を備考欄に記載して提出すること。
2　不要の文字は、抹消すること。