

様式第5号(第8条関係)

身体障害者手帳返還書

年 月 日

(宛先) 下関市長

郵便番号

返還者 住 所

続 柄

氏 名

(電話 — — —)

障害者 氏 名

個人番号

下記のとおり 身体障害者福祉法第16条第1項 の規定により身体障害者手帳
身体障害者福祉法施行規則第7条第2項
を返還します。

記

交付番号	第 号	交付年月日	年 月 日
返還の理由	1 障害を有しなくなった。 2 死亡した。(年 月 日死亡) 3 障害程度に重大な変化が生じ、又は新たな障害を有するに至ったことにより、新たに身体障害者手帳の交付を受けた。 4 毁損により、新たに身体障害者手帳の交付を受けた。 5 その他()		

添付書類

身体障害者手帳

注1 返還者の続柄は、身体障害者福祉法第16条第1項の規定により、身体障害者手帳の交付を受けた者の親族又は同居の縁故者でその身体障害者手帳を所持するものが返還する場合にのみ、返還者と死亡した身体障害者手帳の交付を受けた者との続柄又は関係を記入すること。

2 「返還の理由」欄は、該当するものの番号を○で囲むこと。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。