

第12号様式（第12条関係）

身体障害者手帳返還届

年 月 日

沖縄県知事 殿

(届出者) フリガナ
氏 名

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

手帳所持者	フリガナ			生年月日	年	月	日
	氏名						
返還理由	居住地	〒					
	個人番号						
返還理由		<input type="checkbox"/> 本人の死亡 [死亡年月日: 年 月 日] <input type="checkbox"/> 自主返還又は返還命令を受けての返還 <input type="checkbox"/> 部分返還 [返還する障害名:] <input type="checkbox"/> 再交付 [返還する手帳の(再)交付年月日: 年 月 日] <input type="checkbox"/> その他 ()					
手帳情報	手帳番号	第	号	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

印

沖縄県知事 殿

福祉事務所長
町村長

第 年 月 日

印

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 死亡による返還の場合は、個人番号については記入する必要がないこと。
 2 返還理由欄は、該当する事由の□に✓をいれること。
 3 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。
 4 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。