

身体障害者手帳返還届

年 月 日

長野市長 宛

住 所
氏 名
本人との続柄
連絡先（電話）

身体障害者福祉法第16条第1項の規定により、身体障害者手帳を返還します。

1 身体障害者手帳に関する事項

居 住 地	
氏 名	年 月 日生
個 人 番 号	
手 帳 番 号	県・市 第 号
交付年月日	年 月 日

2 返還の理由

- (1) 身体障害者福祉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) 障害程度の変化等により新たに身体障害者手帳を交付されたため
- (4) 失った身体障害者手帳を発見したため
- (5) その他（ ）

3 身体障害者手帳を返還できない場合にあつては、その理由

長野市処理欄

事務取扱 担当者	番号確認書類	身元確認書類	備 考
	個人番号カード 通知カード 個人番号付き住民票 その他（ ）	個人番号カード 障害者手帳 運転免許証 パスポート 保険証 その他（ ）	