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）氏　名（ふりがな）　　印
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　名（ふりがな）
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　　印

第　　号
年　　月　　日

沖縄県知事　殿

福祉事務所長
町村長　　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　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。