

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) <u>フリガナ 氏 名</u>													
<u>本人との続柄</u>													
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												
	居 住 地	〒											
	個人番号												
返 還 理 由		☐ 本人の死亡 [死亡年月日： 年 月 日] ☐ 自主返還又は返還命令を受けての返還 ☐ 部分返還 [返還する障害名：] ☐ 再交付 [返還する手帳の(再)交付年月日： 年 月 日] ☐ 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													

第 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 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。