区受付印

第5号様式(第5条関係)

令和　　年　　月　　日

(あて先)浜松市長

届出者　住所

氏名　　続柄(　　)

(署名又は記名押印をしてください)

電話(　　)　　－

身 体 障 害 者 手 帳 返 還 届

次のとおり身体障害者福祉法施行令第12条第1項又は身体障害者福祉法施行規則第7条第2項若しくは第8条第2項の規定により届け出ます。

記

手帳所持者	住　　所	浜松市　　区 ｱﾊﾟｰﾄ名等 電話(　　)　　－
	氏　　名	
	生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日
手帳番号		(　　)都道府県市 浜松市　　第　　号
交付年月日		昭・平・令　　年　　月　　日
障害名		視　聴平　音言そ　肢　心　腎　呼　ぼ直　小腸　免　肝 〔　　級　　種　〕
返還の理由		死亡・再認定・その他(　　) 〔死亡日等〕　平成・令和　　年　　月　　日

【連絡事項】手帳の有無　有 ・ 無　➡ 無の場合：理由〔　紛失　その他(　　)〕

NHK	自動車税	ETC	手当	ｽﾄﾏ	医療	更生医療	手帳ｺﾋﾟｰ	扶養共済	ﾊﾞｽﾀｸ	ゆずりあい	受付