

身体障害者手帳返還届出書

年 月 日

(宛先)秋田市長

下記のとおり返還いたしますので届出します。

届出人住所：

TEL：

氏名：

| | | | |
|------|------------------------------|------|-------------|
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | | |
| 個人番号 | | | |
| 住所 | | | |
| 事由日 | 年 月 日 | | |
| 返還理由 | 1 死亡 | 2 転出 | 3 不要 4 その他（ |
| 転出先 | ・ストーマ 有 無 ・タクシー券交付対象者 有 無 | | |

(↓担当者記入欄)

※ 窓口受け付け時に、該当制度欄をチェック。

| | 該当制度 | 手帳・ 受給者番号 | 処理年月日 | 担当者印 |
|------------|------|--------------|-------|------|
| 身体障害者手帳 | | | 年 月 日 | |
| 特別障害者手当 | | | 年 月 日 | |
| 障害児福祉手当 | | | 年 月 日 | |
| 福祉手当 | | | 年 月 日 | |
| 療育手帳 | | | 年 月 日 | |
| 障害者総合支援法関係 | | | 年 月 日 | |
| 療育援助費 | | ※ 別の様式に届出必要 | | |
| 特別児童扶養手当 | | ※ 別の様式に届出必要 | | |