様式第５号の２（第７条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

身体障害者手帳死亡返還届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日届出

　（届出者）

|  |  |
| --- | --- |
| 居 住 地 | 〒 |
| 氏　　名 |  |

静岡県知事　　　　　　　　　様

次の者が死亡したので、身体障害者手帳を返還します。

　（返還者）

|  |  |
| --- | --- |
| 居 住 地 | 〒　□上記居住地と同じ |
| ふりがな氏　　名 |  | 生年月日 | 大・昭年　　月　　日平・令 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手帳番号 |  静岡県第　　　　　　　　　　　　　号 | 交付年月日 | 昭・平・令　　年　　月　　日 |
| 障 害 名 |  | 等　　　級 | 　　　　　　　級 |