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 | | | | | |