

様式第7号（第8条関係）

身体障がい者手帳返還届

令和 年 月 日

宮崎市長 殿

住所

届出者

氏名

続柄

電話

— —

次のとおり身体障がい者手帳を返還します。

本人	ふりがな						
	氏名						
	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日		
	個人番号						
返還理由		<input type="checkbox"/> 死亡したため。 <input type="checkbox"/> 障がいの程度が軽減したため。 （ <input type="checkbox"/> 全部返還 ・ <input type="checkbox"/> 一部返還 ） 注 一部返還の場合は手帳の等級（及び種別）を変更し、 変更後の手帳の写しを添付。					
返還理由の生じた日		令和	年	月	日		
身体障がい者 手帳の内容	手帳番号	県・市 第 号					
	交付年月日	昭和・平成・令和	年	月	日		
	障がい名	<input type="checkbox"/> 視覚障がい <input type="checkbox"/> 心臓機能障がい <input type="checkbox"/> 聴覚障がい <input type="checkbox"/> じん臓機能障がい <input type="checkbox"/> 平衡機能障がい <input type="checkbox"/> 呼吸器機能障がい <input type="checkbox"/> 音声機能障がい <input type="checkbox"/> ぼうこう機能障がい <input type="checkbox"/> 言語機能障がい <input type="checkbox"/> 直腸機能障がい <input type="checkbox"/> そしゃく機能障がい <input type="checkbox"/> 小腸機能障がい <input type="checkbox"/> 肢体不自由（ <input type="checkbox"/> 上肢・ <input type="checkbox"/> 下肢・ <input type="checkbox"/> 体幹） <input type="checkbox"/> 運動機能障がい（ <input type="checkbox"/> 上肢・ <input type="checkbox"/> 移動） <input type="checkbox"/> 免疫機能障がい <input type="checkbox"/> 肝臓機能障がい					

注 該当する□にレを付けてください。