



受付番号 _____

令和 年 月 日

京都府知事様

届出者氏名 _____

身体障害者との続柄 ()

TEL () -

身体障害者手帳返還届

下記のとおり身体障害者手帳を返還します。

記

返還者 (身体障害者)	居住地	京都府京丹後市															
	氏名																
	個人番号																
	生年月日	明治 平成 大正 昭和 令和			年			月			日						
身体障害者手帳	京都府第			号			昭和 平成 令和			年			月			日	交付
返還の理由	1 死亡による (年 月 日 死亡) 3 障害程度非該当 4 辞退のため 6 その他 ()																

市町村記入欄

第 号

年 月 日

京都府知事様

市福祉事務所長

町 村 長

印

上記身体障害者が死亡していることが判明しましたので、身体障害者福祉法施行令第12条第2項の規定により通知します。

注) 1 「市町村記入欄」は、死亡した身体障害者の親族や縁故者からの届出がない場合のみに記入してください。

2 不要な文字や欄は、抹消してください。

京都府処理欄

処理区分 4 廃止

市町村		保健所		京都府	
-----	--	-----	--	-----	--