

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					