

## 身体障害者手帳返還届

(届出人) 住 所  
氏 名

下記の者 年 月 日 のため身体障害者手帳を返還いたします。

記

返還者 (障害者) 住 所  
氏 名 (個人番号 : )

身体障害者手帳番号 市 第 号  
県

同上交付年月日 年 月 日

障 害 名

障 害 等 級 種 級