

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

住所
返還者 (障害者)
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