

身体障害者手帳返還届

年 月 日

千葉県知事 様

住 所

氏 名

年 月 日生

電話番号

次の者は、  
により、身体障害者手帳を返還します。  
のため、  
身体障害者福祉法第16条第1項  
身体障害者福祉法施行規則第7条第2項  
身体障害者福祉法施行規則第8条第2項  
の規定

返還者 住 所

氏 名

( 年 月 日生)

個人番号

身体障害者手帳番号

第 号

年 月 日交付

障害名

印 西 障 第 号

年 月 日

千葉県知事 様

印西市福祉事務所長

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので送付します。