

身体障害者手帳返還届

令和 年 月 日

※自署又は記名押印

届出人氏名 _____
住 所 _____
電話番号 _____
続 柄 _____

下記の者、令和 年 月 日（死亡 / ）のために身体障害者手帳
を返還します。

記

ふりがな

障害者氏名 _____

生年月日 M. T. S. H 年 月 日生 _____

住 所 千
川西市 _____

手帳番号 _____ 第 _____ 号

手帳交付日 S・H・R 年 月 日 交付 _____

障 害 名 _____ 機能障害

第 _____ 号
令和 年 月 日

兵庫県知事 殿

川西市福祉事務所長

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので進達します。