

身体障害者手帳返還届

兵庫県知事 様

(届出者)

住 所

氏 名

電 話 ..(.....).....

下記のもの令和 年 月 日.....のため身体障害者手帳を返還いたします。

記

住 所

ふりがな

返 還 者
(手帳所持者) 氏 名

(生年月日 大正・昭和 年 月 日)
平成・令和

個人番号

身体障害者手帳番号 兵庫県・兵東加・その他(.....)第.....号

手帳交付年月日 昭和・平成・令和 年 月 日初回交付

障 害 名

令和 年 月 日

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。

加古川市福祉事務所長 印

兵庫県知事 様

(備考) 届出者氏名については、記名又は署名のいずれかとすること。