

身体障害者手帳返還届書

年 月 日

兵庫県知事 様

【届出者】

〒

住所.....

氏名..... 印

障がい者との続柄.....

電話番号.....

下記のとおり身体障害者手帳を返還します。

記

【返還者】 身体障害者手帳所持者

住所	〒
ふりがな 氏名	
生年月日	年 月 日生
個人番号	
身体障害者 手帳番号	第 号
交付日	年 月 日交付
障害名	
返還理由	<input type="checkbox"/> 手帳所持者が死亡したため（死亡日 年 月 日） <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法に規定する障害及び等級に該当しなくなったため <input type="checkbox"/> その他（理由 ）