|  |
| --- |
| 令和　　年　　月　　日　　身体障害者手帳返還届　　　　　　　　　　　　　　　　住　所届出者氏　名　　下記のとおり身体障害者手帳を返還いたします。　　　　　　　住　　所返還者　氏　　名生年月日　　　　　　年　　　月　　　日　　身体障害者手帳番号　　　　　　第　　　　　　　号　　同上交付年月日　　　　　　年　　　月　　　日　　障害名　　理　　　　　　　由　　□　　　年　　月　　日死亡のため。　　　　　　　　　　　　　　　　□　障害に該当しなくなったため。　　　　　　　　　　　　　□　その他（　　　　　　　　　） |