|  |
| --- |
| 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（　　　　　　　　　） |