

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 ()