

身体障害者手帳返還届

年 月 日

千葉県知事 様

住 所 男

氏 名 ⑩ 女

年 月 日生

次の者は、 のため、身体障害者手帳を返還します。

返還者 住 所

氏 名

( 年 月 日生)

個人番号

身体障害者手帳番号

第 号

年 月 日交付

障害名

第 号

年 月 日

千葉県知事 様

館山市福祉事務所長

小澤 一典

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。

注 申請者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができる。