

身体障害者手帳返還届

年 月 日

千葉県知事 様

住 所

氏 名

年 月 日生

次の者は、
身体障害者福祉法第16条第1項
のため、身体障害者福祉法施行規則第7条第2項の
身体障害者福祉法施行規則第8条第2項

規定により、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 県第 号
年 月 日交付

障害名

茂福障 第 号一

年 月 日

千葉県知事 様

茂原市福祉部長 印

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので送付します。

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。