

身体障害者手帳返還届

年 月 日

千葉県知事 様

住所

(フリガナ)

氏名

個人番号

生年月日 T S H R 年 月 日生

電話番号

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

(T S H R 年 月 日生)

個人番号 ()

身体障害者手帳番号

_____ 都道府縣市 第_____号

S H R _____年 _____月 _____日交付

障害名

第 _____ 号

年 月 日

千葉県知事 様

福祉事務所長

松戸市長

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。

記入例

第九号様式(第九条第二項)

身体障害者手帳返還届

マンション・アパート名は、住民票どおりに記入してください。

千葉県知事 様

住所

松戸市根本387-5

年 月 日

障害者本人が15歳未満の場合は保護者氏名、15歳以上の場合は本人氏名を記入してください。

(フリガナ)

マツド ハナコ

氏名

松戸 花子

死亡の場合は、届け出を行う方の氏名を記入してください。

個人番号

9876 5432 1000

生年月日

T (S) H R 20年 2月 14日生

電話番号

047-366-7348

次の者は、

返還の理由

のため、身体障害者手帳を返還します。

返還者

住所

松戸市根本387-5

障害者本人の情報を記入してください。

氏名

松戸 花子

(T・S・H・R 20年 2月 14日生)

個人番号 ()

身体障害者手帳番号

千葉 都道府(県)市 第 123456 号

S (H) R 25年 1月 25日交付

障害名 疾病による社会での日常生活活動が著しく制限される心臓機能障害
再認定令和5年1月

現在お持ちの身体障害者手帳のとおりに入力してください。障害が複数ある場合には、全て記入します。

千葉県知事 様

第 号

年 月 日

福祉事務所長

松戸市長

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。