

身体障害者手帳返還届

住 所

氏 名

下記の者 のため身体障害者手帳を返還いたします。

(異動日 年 月 日)

記

住 所

返 還 者

氏 名

個人番号

身体障害者手帳番号

交 付 年 月 日

障 害 名