

身体障害者手帳返還届

年 月 日

取手市福祉事務所長 様

返還者 住所

氏名

印

続柄

下記のとおり身体障害者手帳を返還します。

記

手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日
返還の理由	1 障害を有しなくなった。 2 死亡した。 3 障害程度に重大な変化が生じ、又は新たな障害を有するに至ったことにより、新たに身体障害者手帳の交付を受けた。		

添付書類

身体障害者手帳