

身体障害者手帳返還届

住所.....

氏名.....

電話.....(.....).....-

下記のもの、 年 月 日.....のため身体障害者手帳
を返還いたします。

記

返還者 (手帳所持者) 住所.....
フリガナ.....

氏名.....

(生年月日 年 月 日生)

性別 (男・女) 個人番号

身体障害者手帳番号 兵庫県・兵東加・兵東県・その他 () 第 号

手帳交付年月日 昭和・平成・令和 年 月 日初回交付

障害名

.....

令和 年 月 日

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。

福祉事務所長 ㊟

兵庫県知事 様