**身体障害者手帳返還届**

年　　　月　　　日

**千葉県知事様**

　住　　所

氏　　名

※T　E　L　（　　　　）

　　　　　次の者は　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　のため、身体障害者手帳

　　　　を返還します。

　　　　返 還 者　住　 所

　　　　　　　　　氏　　名

　　　生年月日　　T・S・H・R　　　　年　　　月　　　日　生

　　身体障害者手帳番号　　　　　　　　　　　 県　　第　　　　　　　号

S・H・R　　　　年　　　月　　　日　交付

個人番号

障害名

障　　第　　　　　　　号　　　　　　　市町村受理印

|  |
| --- |
|  |

年　　　月　　　日

**千葉県知事 様**

　　　　八千代市健康福祉部長　　　印

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので進達します。