

身体障害者手帳返還届

年 月 日

柏市長 あて

(届出者)

住所 〒

氏名

本人との続柄

電話番号

下記の理由により、身体障害者手帳を返還します。

記

手帳所持者	フリガナ									生年月日	年 月 日
	氏名										
	居住地	〒								□届出者に同じ	
	個人番号										
返還理由	1. 障害を有しなくなったため 2. 手帳所持者が死亡したため 3. その他 ()										
返還事由発生日	年 月 日										

返還する手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日	年 月 日	総合等級	
障害名					