

身体障害者手帳返還届

令和 年 月 日

柏市長 あて

住 所

氏 名

年 月 日生

電話番号 - -

次の者は、

身体障害者福祉法第16条第1項
のため、身体障害者福祉法施行規則第7条第2項 の
身体障害者福祉法施行規則第8条第2項

規定により、身体障害者手帳を返還します。

返還者 住 所

氏 名

(年 月 日生)

個人番号

身体障害者手帳番号

第

号

年

月

日交付

障害名