

記入例

身体障害者手帳返還届

令和 年 月 日

柏市長 あて

届出者の情報を  
記入

住 所 柏市柏五丁目 1 0 番 1 号

氏 名 柏 次郎

H2年 1 月 1 日生

電話番号 04- 7167 -1136

次の者は、死亡

身体障害者福祉法第 1 6 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。

手帳所持者の情報を  
記入

返還者 住 所 柏市柏五丁目 1 0 番 1 号

名 柏 太郎

( S20 年 1 月 1 日生)

身体障害者手帳番号

柏市 第 〇〇〇〇 号

H10 年 1 月 1 日交付

最新の交付日を記入

障害名

疾病による心臓機能障害 ( 1 級)

手帳の情報を記入

※この返還届とあわせて、身体障害者手帳のご提出も必要です。  
手帳の返却をご希望の場合はその旨お伝えください。  
無効印を押してお返しします。