

## 身体障害者手帳返還届

西宮市長様

令和 年 月 日

返還者

住所 \_\_\_\_\_

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

障害者との続柄 \_\_\_\_\_

下記の者は

してください。

- 法別表に掲げる障害を有しなくなったため  
 死亡のため (令和 年 月 日) 身体障害者手帳を返還します。  
 その他 ( \_\_\_\_\_ ) ため

障害者

住所 \_\_\_\_\_

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

身体障害者手帳番号 西宮市・兵庫県・( \_\_\_\_\_ )第 \_\_\_\_\_ 号

交付年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

等級 第 \_\_\_\_\_ 種 \_\_\_\_\_ 級

受付者

--