

身体障害者手帳返還届

西宮市長様

平成 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 (平成 年 月 日)

その他 (_____) ため

身体障害者手帳を返還します。

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 年 月 日

等級 第 _____ 種 _____ 級

受付者

--