

身体障害者手帳返還届

年 月 日

兵庫県知事 様

住 所

氏 名

㊞

下記のとおり身体障害者手帳を返還いたします。

記

住 所 **加東市**

返還者 氏 名 ()

(障害者氏名)

個人番号

身体障害者手帳番号 第 号

同上交付年月日 年 月 日

障 害 名

返 還 の 理 由