

身体障害者手帳返還届

令和 年 月 日

千葉県知事 様

申請者 住 所

氏 名

年 月 日生

次の者は、 のため、身体障害者手帳を返還します。

返還者 住 所

氏 名 (年 月 日生)

身体障害者手帳番号 県第 号

年 月 日交付

障害名

浦 障 福 第 号

令和 年 月 日

千葉県知事 様

浦安市長 内田 悦嗣 [印]

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので進達します。