

第九号様式(第十条第二項)

身体障害者手帳返還届

令和 年 月 日

千葉県知事 様

届出者 住所

氏名

続柄

電話

()

次の者は、令和 年 月 日 のため、

身体障害者福祉法第16条第1項
身体障害者福祉法施行規則第7条第2項 の規定により、身体障害者手帳を返還します。
身体障害者福祉法施行規則第8条第2項

返還者 住 所 習志野市

氏 名

(大・昭・平・令 年 月 日生)

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

身体障害者手帳番号 県 第 号

昭和・平成・令和 年 月 日交付

障害名

障 福 第 号

令和 年 月 日

千葉県知事 様

習志野市健康福祉部長 印

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので送付します。

注 申請者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができる。