

身体障害者手帳返還書

熊本市長 様

平成 年 月 日

(届出者) 居住地
氏 名

下記の理由により、身体障害者手帳を返還します。

記

返 還 事 由	1 障害程度の変化等による手帳再交付のため 2 紛失による手帳再交付後の発見のため 3 障害を有しなくなったため 4 手帳交付を受けた者の死亡のため 5 その他()
返還事由発生日	年 月 日

フリガナ 本人氏名	性 別 男・女	生 明治 年 大正 月 昭和 年 月 日 日 平成
個人番号		
居 住 地		

手 帳 番 号	JR 割引	等級	交 付 年 月 日	再 交 付 年 月 日
(第)都道府県・市 号	種	級	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日

総合出張所・管轄外区役所 受 付 印	管 轄 区 役 所 受 付 印