

# 身体障害者手帳返還書

令和 年 月 日

熊本市長 様

(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 _____	生 年 月 日 明治 大正 昭和 平成 令和
個人番号 <input type="text"/>	年 月 日
居住地	

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