

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

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

電話番号

次の者は、 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
身体障害者福祉法施行規則第 8 条第 2 項

により、身体障害者手帳を返還します。

返還者 住 所 鎌ヶ谷市

氏 名 (年 月 日生)

個人番号

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

身体障害者手帳番号 県第 号

年 月 日交付

障害名

鎌 障 第 号

年 月 日

千葉県知事 様

鎌ヶ谷市福祉事務所長

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。