

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

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 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。