

身体障害者手帳返還届

令和 年 月 日

(宛て先) 倉敷市長

(届出者)	住所	
	氏名	

下記のもの 令和 年 月 日 { 再交付
死亡
治愈 } のため身体障害者手帳を返還いたします。

記

返還者 (障がい者)	住所	倉敷市
	氏名	
	個人番号	

身体障害者手帳番号 倉敷市 第 号
市 県

同上交付年月日 昭和 年 月 日
平成
令和

障がい内容 視覚 聴覚 音声・言語 肢体不自由
内部 (心・腎・呼・ぼうこう・直腸・小腸・肝・その他)

障がい等級 種 級

※ 添付書類 身体障害者手帳 (原本)