

# 身体障害者手帳返還届

様式第8号(第8条関係)

届出者 住所  
氏名

下記のもの、 年 月 日 のため身体障害者手帳を  
返還いたします。

記

返還者 住所  
フリガナ  
(手帳所持者) 氏名  
(生年月日 大・昭・平・令 年 月 日)  
個人番号

身体障害者手帳番号 兵庫県  
兵東加 第 号  
( )

同上交付年月日 昭和・平成・令和 年 月 日初回交付

障 害 名

障 害 等 級 種 級

第 号 令和 年 月 日

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので進達します。

高砂市福祉事務所長 印

兵庫県知事 様