

身体障害者手帳返還届出書

年 月 日

住 所 聖籠町大字

氏 名 印

下記の者について、

年 月 日に

治 癒
死 亡
転 出 (県外・新潟市のみ)
程度変更・追加
その他 ()

が

生じたため、身体障害者手帳を返還します。

新潟県知事 様

記

町村
受付

障害者氏名

明・大・昭・平・令 年 月 日

県・市
福祉事務所

個人番号

Personal ID number input field with vertical dividers.

県受付

身体障害者手帳番号等

都・道・府・県 第 号
郡・市
昭和 年 月 日 交付
平成
令和
障 害 名