

身体障害者手帳返還届出書

令和 年 月 日

住所

氏名

下記の者について、令和 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 日生

県・市
福祉事務所

個人番号

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

(死亡の場合は、記入不要)

県受付

身体障害者手帳番号等

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