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 |  |

再交付

死　亡

治　癒

下記のもの　令和　 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　（障がい者） | 住　所 | 倉敷市　 |
| 氏　名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

倉　敷　市

　　　　市

　　　　県

**身体障害者手帳番号**　　　　　　　　　　第　　 　　　　　号

昭　和

平　成

令　和

**同上交付年月日**　　　　　　　　　　 　年 　　月　 　日

**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　）

|  |  |
| --- | --- |
| 種 | 級 |

**障がい等級**

* 添付書類　身体障害者手帳（原本）