

身体障害者手帳返還届

年 月 日

船橋市長 あて

住 所 船橋市

ふりがな

氏 名

続 柄

TEL ()

年 月 日

下記の者は 死亡 不要 その他 () のため、身体障害者手帳を返還いたします。

記

住 所	船橋市										
ふりがな											
氏 名											
手帳番号	県・船橋市 第 号						交 付 年月日		年 月 日		
個人番号 (マイナンバー)											
障 害 名	視覚	聴覚	音声・言語・平衡・そしゃく				等 級	種 級			
	心臓	腎臓	肢体不自由(上肢/下肢/体幹/脳原性)								
	小腸	免疫	肝臓	呼吸器	ぼうこう・直腸						