この書類は郵送可能です。（出張所・連絡所でもお預かりします。）　障害福祉課

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第１０号様式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T E L　　　　　（　　　　）　　　　　　　年　　　月　　　日□死亡　　□不要□その他（　　　　　）下記の者は　　　　　　　　　　　のため、身体障害者手帳を返還いたします。□その他（　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　）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 | 等級 | 　　　　種　　　　　　級 |

　 |

*令和６年４月版*