|  |
| --- |
| 身体障害者手帳返還届  令和　　年　　月　　日  　千葉県知事　　　　　様  住　所  氏　名　　　　　　　　　　　印  年　　月　　日生  　次の者は、　　　　　　のため、身体障害者福祉法第16条第１項身体障害者福祉法施行規則第７条第２項身体障害者福祉法施行規則第８条第２項の規定  により、身体障害者手帳を返還します。  返還者　　住　所  氏　名　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　年　　月　　日生）  個人番号  身体障害者手帳番号　　　　県第　　　　　号  年　　月　　日交付  障害名 |
| 勝福第　　　　　号  令和　　年　　月　　日  　千葉県知事　　　　　様    勝浦市福祉事務所長　　　印    　上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので送付します。 |