

身体障害者手帳返還届

年 月 日

尼崎市長 へ

(来所された方)

居住地

電話番号

氏名

下記のとおり、身体障害者手帳を返還いたします。

記

対象者 郵便番号 〒 -
居住地

氏名

個人番号

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生

身体障害者手帳番号 尼崎市・兵庫県・兵阪南・() 第 号

同上 交付年月日 年 月 日

障害名

返還理由 対象の方がなくなったため (年 月 日)
 その他
(理由)