

身体障害者手帳返還届出書

年 月 日

住 所

氏 名

印

下記の者について、

年

月

日に

治 癒
 死 亡
 転 出 (県外・新潟市のみ)
 程度変更・追加
 その他 ()

が

生じたため、身体障害者手帳を返還します。

新潟県知事 様

記

町村
受付

障害者氏名

年

月

日生

県・市
福祉事務所

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

県受付

身体障害者手帳番号等

都・道・府・県 第 号
 郡・市
 年 月 日 交付
 障 害 名