

身体障害者手帳返還届出書

年 月 日

住 所

氏 名

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
郡・市

第

号

年

月

日

交付

障 害 名