

身体障害者手帳返還届

水戸市長 様

年 月 日

届 出 者

住 所

氏 名

本人との関係

連 絡 先

返還理由	死亡	程度軽減 ※
------	----	--------

手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日
本人		生年月日	年 月 日
		個人番号	
住所			

※ 返還発生 年月日	年 月 日
------------------	-------

※ 程度軽減とは、再認定の結果、却下決定通知を受けた場合で、返還年月日は、その通知書の期日になります。

受付年月日