

身体障害者手帳返還届

年 月 日届出

居 住 地	〒											
ふりがな 氏 名							生 年 月 日		大・昭 平・令		年 月 日	
個人番号												

静岡県知事 様

障害程度が軽減したので、身体障害者手帳を返還します。

（返還する身体障害者手帳）

手帳番号	静岡県第 号	交付年月日	昭・平・令 年 月 日
障 害 名		等 級	級