

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