

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

明・大・昭・平・令 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

昭和  
平成  
令和

年 月 日 交付

障 害 名