

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



障害者氏名

明・大・昭・平・令 年 月 日 生

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



身体障害者手帳番号等

昭和 平成 令和	都・道・府・県	第	号
	群・市		
	年 月 日 交付		
	障害名		

