

身体障害者手帳返還届

令和 3年 4月 3日

届出者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

再交付  
下記の者 **死亡** 令和 3年 4月 1日のため身体障害者手帳を返還いたします。  
完 治  
辞 退

言 己

住 所 **前橋市朝日町1-1-1**

氏 名 **前橋 太郎**

身体障害者手帳 **前橋** (市) 県 第 **9999999**号

同上交付年月日 昭和 (平成) **2**年 **2**月**22**日 交付

障 害 名 **脳梗塞による両下肢機能障害1級**

**1 種 1 級**

第 号  
年 月 日

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので進達する。

前橋市福祉事務所長

(あて先) 前橋市長