

身体障害者手帳返還届

		令和		年	月	日
届出者		住所 _____				
		氏名 _____				
		電話 _____				
再交付	平成					
下記の者	死亡	令和	年	月	日	のため身体障害者手帳を返還いたします。
	完治					
	辞退					
記						
住	所	前橋市				
氏	名					
身体障害者手帳		市・県	第		号	
同上交付年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	交付	
障	害	名				
						種 級

第 号  
令和 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

(宛先) 前橋市長