第九号様式（第十条第二項）

|  |
| --- |
| 身体障害者手帳返還届  　 年 月 日  千葉県知事 様  住所  氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生  電話番号  身体障害者福祉法第１６条第１項  身体障害者福祉法施行規則第７条第２項  身体障害者福祉法施行規則第８条第２項    次の者は、 　のため、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 の規定  により、身体障害者手帳を返還します。  返還者　　　住 所  氏 名 （ 年 月 日生）  　　　　　　　個人番号  身体障害者手帳番号 第 号  　　　 年 　月 　日交付  障害名 |
| 成 障第　 号  　 年 月 日  千葉県知事 様  成田市福祉事務所長  上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので送付します。 |