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。 |