

## 身体障害者手帳返還届出書

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

届出者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

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・第8条第2項）の規定により、次の身体障害者手帳を返還します。

### 1. 身体障害者手帳の交付を受けていた者

氏 名	生年月日	※保護者氏名	※続柄
ふりがな	明・大・昭・平・令	ふりがな	
	年 月 日		

### 2. 返還する身体障害者手帳の記載の内容

番 号	交付年月日	障 害 名	等 級
鹿児島 県（市） 第 号	昭・平・令 年 月 日		級

（備考）

※欄は15歳未満の児童についてのみ記入すること。