

身体障害者手帳返還届

年 月 日

(宛先)
枚方市長

(届出者)

住 所

氏 名

下記の理由により、身体障害者手帳を返還します。

記

返還理由：□ 死亡のため（ 年 月 日）

□ その他

【手帳交付者】

- 1 住 所：
- 2 氏 名：
- 3 生年月日： 年 月 日
- 4 個人番号：
- 5 手帳番号： 第 号
- 6 交付年月日： 年 月 日
- 7 障 害 名：
- 8 総合等級・種別： 級 種

下記の制度の適用状況について障害福祉システム等で確認ください

障害児福祉手当・ 経過的福祉手当	特別障害者手当	大阪府重度障害者 在宅介護給付金	障害福祉サービス	その他 ()	受付者