

## 障害者手帳返還届

千葉県知事 様

住所

氏 名

(障害者との続柄： )

下記のとおり障害者手帳を返還します。

記

|                       |                                                          |  |  |      |
|-----------------------|----------------------------------------------------------|--|--|------|
| 障害者手帳の番号              |                                                          |  |  | 障害等級 |
| 障害者の氏名                |                                                          |  |  | 生年月日 |
| 返<br>還<br>の<br>理<br>由 | 1 千葉県に住所がなくなった。                                          |  |  |      |
|                       | 2 治ゆ・軽快した。                                               |  |  |      |
|                       | 3 死亡した。                                                  |  |  |      |
|                       | 4 指定医の診察の結果、その者が施行令で定める精神障害の状態でない<br>と判断され県知事から返還を命じられた。 |  |  |      |
|                       | 5 その他（理由 ）                                               |  |  |      |

注 届出者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができます。

市町村受理印※