　　第九号様式（第十条第二項）

|  |
| --- |
| 身体障害者手帳返還届  令和　　　年　　　月　　　日  　千葉県知事　鈴木　栄治　様  住　所  氏　名　　　 　　　 　　　　　印  生年月日　　 　　年　　月　　日生    　次の者は、　　　　　　のため、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　　　 　　　 県第　　 　　　　　号  年　　月　　　日交付  障害名 |
| 流　障　第　　 　　　　　号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 令和　　　年　　　月　　　日  　千葉県知事　鈴木　栄治　様  印  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　流山市健康福祉部長　　　印    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。 |

注　申請者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができる。