第　　　 号

年 月 日

窓空宛名

身体障害者手帳返還命令書

都道府県知事・指定都市・中核市市長　印

　現在交付しています身体障害者手帳について、身体障害者福祉法第１６条第２項の規定により手帳の返還を命令します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | | 生年月日 |  |
| 住　　所 | **固定文言１** | | | |
| 保 護 者 | 氏　名 |  | 本人との続柄 |  |
| 住　所 |  | | |
| 手帳番号 |  | | 交付年月日 |  |
| 総合等級 |  | | | |
| 障 害 名 |  | | | |
| 理　　由 | **固定文言２＋編集１** | | | |

**自由記載１**

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　 FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |