身体障害者手帳取下届

年　　月　　日

都道府県知事・指定都市・中核市市長　殿

（届出者）

住所　〒

氏名

本人との続柄

電話番号

**固定文言１**

下記の理由により、身体障害者手帳の申請を取下します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 取下理由 |  |

対象者

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | |
| 居 住 地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □届出者に同じ | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 電話番号 | |  | | |
| 保護者 | | | | | | |
| フリガナ | |  | 本人との  続　　柄 | |  | | |
| 氏　　名 | |  |
| 居 住 地 | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □届出者に同じ | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 電話番号 | |  | | |

既手帳交付内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 手帳番号 |  | 交付年月日 | 年　　月　　日 | 等級 | 種　　級 |
| 障 害 名 |  | | | | |

（備考）

**固定文言２**

◎ 身体障害のある15歳未満の児童については、保護者が代わって申請することになっています。

**自由記載１**