

# 身体障害者手帳返還連絡票

送付日： 年 月 日

所持者

氏 名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

連絡先（送付者）

日中連絡ができる番号を記入してください。

氏 名： \_\_\_\_\_

電話番号： ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

住 所： \_\_\_\_\_

下記の内容を確認し、チェックを付けてください。

手帳以外の書類が入っていないこと。

\* 障害者福祉課発行の書類については同封可能です。

- 心身障害者医療費助成（マル障）受給者証
- 都営交通無料乗車券
- 福祉理美容出張サービス利用券
- タクシー券
- 民営バス乗車割引証
- 障害福祉サービス受給者証

宛先に下記を切り取ってご利用ください。

〒132-8501

江戸川区中央 1-4-1

江戸川区役所福祉部障害者福祉課身体障害者相談係

身体障害者手帳担当 行