**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・福祉理美容出張サービス利用券・民営バス乗車割引証 | ・都営交通無料乗車券・タクシー券・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認定係

　　　　　　　　　　　　身体障害者手帳担当　行