

身体障害者手帳返還届

令和 年 月 日

住所
(窓口に来た人)
氏名

下記の者 年 月 日 のため身体障害者手帳を
返還いたします。

西条市福祉事務所長 様

記

返還者 住 所 西条市
氏 名
個人番号

身体障害者手帳番号 愛媛県 第 号

同上交付年月日 年 月 日

障 害 名 第 種 級

西社福第 号
令和 年 月 日

愛媛県知事 中村 時広 殿

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので進達します。

西条市福祉事務所長 印