|  |
| --- |
| 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  　　　　　　　　住　　所　　西条市  　　　返還者  　　　　　　　　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 |