|  |
| --- |
| 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 |