

身体障害者手帳返還届

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。

記

住 所

返還者 氏 名

個人番号

身体障害者手帳番号 県 第 号

同 上 交 付 年 月 日 年 月 日

障 害 名