|  |
| --- |
| **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 |