|  |
| --- |
| **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 |