

身 体 障 害 者 手 帳 返 還 届	
年 月 日	
宮城県知事	殿
住 所	
氏 名	
下記の者は、年 月 日に のため身体障害者手帳を返還します。	
記	
返 還 者	住 所
	氏 名
	個人番号
	※本人死亡による返還時は記入不要です。
身体障害者手帳番号	都・道・府・県・市 第 号
同 上 交 付 年 月 日	年 月 日
障 害 名	

第 号	
年 月 日	
宮城県知事	殿
市福祉事務所長	
町 村 長	印
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。	

（備考） 氏名は記名押印又は署名のいずれかとしてください。

