

身体障害者手帳返還届

年 月 日

宮城県知事 村井 嘉浩 殿

住 所 _____

氏名(提出者) _____ (印)

電話番号 _____

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	
身体障害者手帳番号	宮城県 第	号
同上交付年月日	昭和・平成	年 月 日
障 害 名		

社 福 第 号

年 月 日

宮城県知事 村井 嘉浩 殿

多賀城市福祉事務所長 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。