

身体障害者手帳返還届

令和 年 月 日

住所

氏名

下記の者、令和 年 月 日 のため  
身体障害者手帳を返還します。

朝来市健康福祉事務所長 様

記

住所 兵庫県朝来市

ふりがな

返 還 者  
( 手 帳 所 持 者 )

氏 名

生年月日 年 月 日

個人番号

身体障害者手帳番号

兵庫県 第 号

その他 ( ) 第 号

同 上 交 付 年 月 日 年 月 日

障 害 名

朝 福 第 号

令 和 年 月 日

兵 庫 県 知 事 様

朝来市福祉事務所長 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。

(備考) 届出者氏名については、署名または記名押印のいずれかとする事