身体障害者手帳返還届

年　　月　　日

宮崎県知事　殿

居住地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記の者　　年　　月　　日　　のため身体障害者手帳を返還します。

記

1　返還者　　居　住　地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生 年 月 日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個 人 番 号

2　手帳番号

3　交付年月日　　年　　月　　日

4　障害名

第　　号

宮崎県知事　殿　　年　　月　　日

小林市福祉事務所長

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　返還の理由を記して届けること。