

身体障害者手帳返還届

令和 年 月 日

(届出人)

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
いたします。

記

返還者（障害者）

住 所 _____

氏 名 _____

個人番号 _____

身体障害者手帳番号

愛媛県 第 _____ 号

同 上 交 付 年 月 日

昭和・平成・令和 年 月 日

障 害 名

種 級

伊（福）第 _____ 号
令和 年 月 日

愛 媛 県 知 事 殿

伊予市福祉事務所長

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので進達する。