

年 月 日

岩手県知事 様

居住地

氏 名

身 体 障 害 者 手 帳 返 還 届

下記の者 $\left\{ \begin{array}{l} \cdot \text{死亡(年 月 日)} \\ \cdot \text{障害程度の軽減(治愈)} \\ \cdot \text{身体障害者手帳再交付} \\ \cdot \text{その他()} \end{array} \right\}$ 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 県 第 号

同 上 交 付 年 月 日 年 月 日

障 害 名

第 号
年 月 日

岩手県知事 様

福祉事務所長
町 村 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。