

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 (・死亡(年月日) ・障害程度の軽減(治癒) ・身体障害者手帳再交付) のため、身体障害者手帳を返還します。  
(・その他)

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

花巻市 福祉事務所長  
~~町 村 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。