様式4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体障害者手帳返還届　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日　宮城県知事　　　　　　　　　殿　住所　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　（印）下記の者は，令和　　年　　月　　日に　　　　　　　　　　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 | 宮城県　第　　　　　　　　　　　号 |
| 同上交付年月日 | 昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 障　　　害　　　名 |  |

 |
| 第　　　　　号年　　月　　日宮城県知事　　　　　　　　　殿市福祉事務所長　　　　　　　　　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。 |