

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。