

身体障害者手帳返還届

年 月 日

住 所

氏 名

印

電話番号

下記の者 のため身体障害者手帳を返還します。

小野市福祉事務所長 殿

記

住 所 小野市

【返還者】

ふり がな  
氏 名

年 月 日 生

身体障害者手帳番号 第 号

同条交付年月日 年 月 日

障 害 名

年 月 日

兵庫県知事 殿

小野市福祉事務所長 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。