

身体障害者手帳返還届

年 月 日

住 所

氏 名

印

下記の者
返還いたします。

年 月 日

のため身体障害者手帳を

記

住 所

返還者 氏 名

個人番号

身体障害者手帳番号 : 愛媛県 第 号

同 上 交 付 年 月 日 : 年 月 日

障 害 名 :