

身体障害者手帳返還届書

平成 年 月 日

(届出者) 住所 県 市・郡 町 番地  
フリガナ 氏名 印

下記の者平成 年 月 日 手帳再交付・死亡のため  
身体障害者手帳を返還いたします。

(返還者) 住所  
フリガナ 氏名 印

身体障害者手帳  
障害名及び等級 県第 号 ( 種 級)

同上交付年月日 昭和・平成 年 月 日

障 害 名

第 号  
平成 年 月 日

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので進達する。

吉野ヶ里町長 江頭 正則

佐 賀 県 知 事 様

(注) 不要の文字は抹消すること。