|  |
| --- |
| 身体障害者手帳返還届  　　　　年　　月　　日    　宮崎県知事　殿  居住地  氏　名 　㊞    　下記の者　　　 年 　月　 日　 　　　のため身体障害者手帳を返還します。 |
| 記  １　返還者　　居住地  　　　　　　　氏　名  　　　　　　　生年月日  　　　　　　　個人番号  ２　手帳番号　　　　　　県　　　　　第　　　　　　　　号  ３　交付年月日　　　　　　　年　　月　　日  ４　障害名 |
| 第　　　　　　　　　号  　　　　年　　月　　日  宮崎県知事　殿  　　　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。 |

　備考　 返還の理由を記して届けること。