|  |
| --- |
| 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。