

身体障害者手帳返還届

年 月 日

住 所

氏 名

下記の者、 年 月 日 のため身体障害者手帳を返還いたします。

記

返還者 (手帳所持者) 住 所 松山市
ふりがな
氏 名

個人番号

身体障害者手帳番号 第 号

同上交付年月日 S・H・R 年 月 日

障 害 名 肢 ・ 視 ・ 聴 ・ 音 ・ 内

第 号

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。

松山市福祉事務所

印

(宛て先) 松 山 市 長