様式第９号

身体障害者（児）手帳返還届

住　所

氏　名　　㊞

ＴＥＬ.（　　）　　－

下記のもの　　のため身体障害者（児）手帳を返還いたします。

記

〒　　－

返還者　住　所　兵庫県加古郡播磨町

氏　名（ふりがな）

身体障害者手帳番号　　兵東県第　　号

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。

福祉事務所長　㊞

兵庫県知事様