

身体障害者手帳返還届

申請者コード
年 月 日

フリガナ
氏 名

住 所 石川県 市町

下記の者は、 年 月 日 のため身体障害者手帳を返還します。

返還区分コード

記

フリガナ
氏 名

返還者 個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住 所 石川県 市町

身体障害者手帳番号 県・市 第 号

同上交付年月日 年 月 日 等級 種 級

障 害 名

第 年 月 日

石川県知事様

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 申請者コード及び返還区分コードは、市町で記入します。