

年 月 日

大分県知事 殿

届出者

住 所	
ふりがな	
氏 名	
続 柄	

身体障害者手帳返還届

下記の者は、 年 月 日 のため身体障害者手帳を返還します。

記

返 還 者	住 所	
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日生
	個人番号	
身体障害者手帳番号	県 第 号	
同上交付年月日	年 月 日	
障 害 名		

由福祉第 号
年 月 日

大分県知事 殿

由布市福祉事務所長

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。