

年 月 日

岩手県知事 様

居住地

氏名

身体障害者手帳返還届

下記の者（・死亡（年 月 日）  
・障害程度の軽減（治癒）  
・身体障害者手帳再交付  
・その他（ ））のため、身体障害者手帳を返還します。

記

返還者 住所

氏名

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

奥福第 号  
年 月 日

岩手県知事 様

奥州市福祉事務所長 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。