

年 月 日

氏 名

記

返 還 者	住 所	
	氏 名	
	個人番号	
		※本人死亡による返還時は記入不要です。
身体障害者手帳番号		都・道・府・県・市 第 号
同 上 交 付 年 月 日		年 月 日
障 害 名		

美里町長 相澤清一

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) 氏名は記名押印又は署名のいずれかとしてください。

