様式4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体障害者手帳返還届  　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  宮城県知事　村 井 嘉 浩　殿  住所  氏名  下記の者は，　　　　　年　　月　　日に　　　　　　　　　　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 |  | | 個人番号 |  | | 身体障害者手帳番号 | | 第　　　　　　　　　　　号 | | 同上交付年月日 | | 昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | 障　　　害　　　名 | |  | |
| 第　　　　　号  年　　月　　日  宮城県知事　村 井 嘉 浩　殿  東松島市社会福祉事務所    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。 |