

様式第12号(第12条関係)

身体障害者手帳返還届書

佐賀県知事 様

年 月 日

住所

氏名

下記の者、(年 月 日) のため身体障害者手帳を返還いたします。

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

第 号

年 月 日

佐賀県知事 様

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので通知する。

町 長

福祉事務所長

この様式に記載された個人情報、身体障害者手帳の返還に係る事務の目的を達成するために使い、法令等に定めがある場合を除き、御本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。