第　　号
年　　月　　日

島　根　県　知　事　様

福祉事務所長　　㊞

旧所持分の手帳返還について（進達）

障害変更・再認定により再交付された身体障害者手帳と引き替えに旧所持分の身体障害者手帳が返還されましたので送付します。

記

| 新手帳の発行日 | 返還する旧手帳の内容 | |
|---|---|---|
| | 手帳番号 | 氏　　名 |
| 年　　月　　日 | | |
| 年　　月　　日 | | |
| 年　　月　　日 | | |
| 年　　月　　日 | | |
| 年　　月　　日 | | |
| 年　　月　　日 | | |
| 年　　月　　日 | | |
| 年　　月　　日 | | |
| 年　　月　　日 | | |
| 年　　月　　日 | | |
| 年　　月　　日 | | |
| 年　　月　　日 | | |
| 年　　月　　日 | | |
| 年　　月　　日 | | |