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**

**（届出者）**

**氏名**

手帳再交付

死亡

　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**

　　　　　　　　　**住　　所**　佐賀県三養基郡みやき町大字

　　**返　還　者**

**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**

み環福　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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　みやき町長

この様式に記載された個人情報は、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。