

事 実 申 出 書

年 月 日

銚田市長 宛て

居住地 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私は、先に交付を受けた身体障害者手帳を紛失しましたが、その事情は次のとおりです。

なお、紛失した身体障害者手帳を発見したときは、速やかにこれを銚田市長に返還します。

- 1 手帳番号 \_\_\_\_\_ 都道府縣市第 \_\_\_\_\_ 号  
氏 名 \_\_\_\_\_

※申立者が手帳番号を忘れたことにより、本人が記入できないときは、市で記入します。

- 2 手帳を紛失した日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
(手帳の紛失を知った日)

- 3 手帳を紛失した日又は手帳の紛失を知った日の状況  
※詳しく、具体的に記入してください。

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---