

別記様式第19号（規格A4）（第9条の2関係）

障害者手帳返還届

年 月 日

群馬県知事 あて

届出者 住所
氏名

下記の精神障害者保健福祉手帳について返還します。

記

氏 名	
住 所	
障 害 等 級	
手 帳 番 号	
交 付 年 月 日	
有 効 期 限	
返 還 理 由	

注 障害者手帳を添付してください。