

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

令和 年 月 日

群馬県知事 様

届出者 住所 吾妻郡東吾妻町大字
氏名

印

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。