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 |  |
|   |  |
|   |  |
|  交付年月日 |  |
|   |  |
|   |  |

 注　障害者手帳を添付してください。