

| | |
|-------|--|
| 受付市町名 | |
| 受付年月日 | |

障害者手帳返還届

令和 年 月 日

香川県知事 殿

返還者 住所

氏名

つぎのとおり、返還します。

| | |
|---------------|-------------------------------|
| 精神障害者保健福祉手帳番号 | |
| 障害者氏名 | |
| 返還理由 | 1 死亡 (年 月 日) 2 その他 (理由) |
| 返還年月日 | 年 月 日 |