

受付市町名	
受付年月日	

## 障害者手帳返還届

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