

※保健所名	
※受理年月日	年 月 日

障害者手帳返還書

年 月 日

愛媛県知事 様

住所
届出者
氏名

精神障害者との続柄

返還する手帳 の手帳番号									(年 月 日交付)
精神 障 害 者	氏名								
	居住地								
返 還 の 理 由		<input type="checkbox"/> 障害等級に該当する精神障害の状態がなくなったため <input type="checkbox"/> 失った手帳を発見したため <input type="checkbox"/> 死亡したため (死亡: 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()							

〔 該当する□に
✓印を
付して
くださ
い。 〕

注意 ※印の箇所は、記入しないでください。