

※保健所名

※受理年月日

障害者手帳返還書

年 月 日

愛媛県知事 殿

氏 名
届出者
住 所

精神障がい者との続柄

返 還 す る 手 帳 の
手 帳 番 号

(年 月 日交付)

精神障がい者

氏 名

居 住 地

返還の理由

〔 該当する□に✓印
を付してください。 〕

☐ 障害等級に該当する精神障害の状態がなくなったため

☐ 失った手帳を発見したため

☐ 死亡したため（死亡： 年 月 日）

注意 1 ※印の箇所は、記入しないでください。