

※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 印
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。)	<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)
------------------------------	---

注意1 ※印の箇所は、記入しないでください。