

※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。