

<table><tr><td>※保 健 所 名</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td>※受理年月日</td><td colspan="5">年 月 日</td></tr></table>										※保 健 所 名						※受理年月日	年 月 日				
※保 健 所 名																					
※受理年月日	年 月 日																				
障 害 者 手 帳 返 還 書																					
令和 年 月 日																					
愛媛県知事 様																					
届出者 住 所 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																				
	個人番号																				
	居住地																				
返 還 の 理 由 (該当する□に レ印を付して 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) ☐ 新様式 (写真なし) から新様式 (写真あり) へ変更したため ☐ 手帳有効期限切れによる新規手帳交付があったため ☐ 有効期限切れのため ☐ 等級変更により新しい手帳ができたため																			
注意 ※印の箇所は、記入しないでください。																					