

※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：平成 年 月 日）
[該当する] <input type="checkbox"/> にレ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。