

精神障害者保健福祉手帳 返 還 届

※市町村名

※受理年月日

奈良県精神保健福祉センター所長 殿

平成 年 月 日

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳を返還します。

<手帳の交付を受けた者（精神障害者本人）>

フリガナ 氏 名		生年 月 日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日
住 所	奈良県		

<届出書を提出した者>

氏 名	印 交付を受けた者との関係 （自署又は記名押印）	
住 所	電話 ()	

手帳貼付のり付部	1 返還の理由 例：個人の事情による
	2 添付できない理由 例：手帳を紛失したため

(注) 1 この届は、①交付を受けた者の障害の状態が交付要件に該当しなくなった場合、②交付を受けた者が死亡した場合に提出してください。新たな手帳と交換に返還する場合はこの届は不要です。

2 返還する手帳を、貼付のり付部に貼り付けてください。

3 手帳返還の理由を「1 返還の理由」に記載してください。

4 手帳を添付できない場合は、その理由を「2 添付できない理由」に記載してください。008.4