

※保健所名	
※受理年月日	年 月 日

障害者手帳返還書

年 月 日

愛媛県知事 様

届出者 氏名  
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	伊予郡松前町大字

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: 年 月 日)
〔該当する□に ✓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。