

※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	<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) <input type="checkbox"/> 新様式 (写真なし) から新様式 (写真あり) へ変更したため <input type="checkbox"/> 手帳有効期限切れによる新規手帳交付があったため <input type="checkbox"/> 有効期限切れのため <input type="checkbox"/> 等級変更により新しい手帳ができたため
<p>〔 該当する□に レ印を付して ください。 〕</p>	

注意 ※印の箇所は、記入しないでください。