

様式 1 4

※市町記入欄	精神障害者保健福祉手帳添付の有無	市町受付印
	<p style="text-align: center;">有 ・ 無</p> <p>受理年月日 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(受付印に日付があれば記入不要)</p>	

障害者手帳返還届

山口県知事 様

令和 年 月 日

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 4 5 条に基づく精神障害者保健福祉手帳の返還について、下記により届けます。

精神障害者本人	フリガナ						生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日
	氏 名							
	住 所							
	手帳番号							電話 ()
返還の理由 (○印)	<ul style="list-style-type: none">・死亡した (年 月 日 死亡)・紛失していた手帳を発見した・不交付または返還の通知を受けた・新たな手帳の交付を受けた・その他 ()							
精神障害者保健福祉 手帳の添付の有無 (○印)	有 ・ 無 (理由：紛失・その他 ())							
届出をした者 ※精神障害者本人と同じ場合記入は不要です。	フリガナ						本人との続柄	
	氏 名							
	住 所							
電話 ()								

(注) 紛失の場合を除き、精神障害者保健福祉手帳を添付してください。