

## 様式 14

※ 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
	有・無		
	受理年月日 年 月 日 (受付印に日付があれば記入不要)		

## 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45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	電話 ( )				
	手帳番号					
返還の理由 (○印)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・死亡した ( 年 月 日 死亡 )</li> <li>・紛失していた手帳を発見した</li> <li>・不交付または返還の通知を受けた</li> <li>・新たな手帳の交付を受けた</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>					
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。