

※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

殿

氏 名

印

届出者 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

返還の理由

該当する□に
印を付して
ください。☐ 障害等級に該当する精神障害に状態がなくなったため☐ 失った手帳を発見したため☐ 死亡したため (死亡: 年 月 日)☐ その他

注意 ※印の箇所は、記入しないでください。