

(様式5)

松本市収受印

精神障害者保健福祉手帳返還届書

年 月 日

長野県知事様

返還者 居住地

氏名

(続柄)

下記の者は、下記理由により障害者手帳を返還します。

記

居住地	松本市
氏名	
生年月日	年 月 日生
手帳番号	第 号
手帳交付日	年 月 日
理由	1 法別表に掲げる障害を有しなくなった 2 年 月 日死亡したため 3 知事から 返還を命じられたため 4 障害程度の変化等により新たに手帳を交付されたため 5 旧手帳を発見したため 6 その他()

※死亡又は障害程度の変更の場合で、焼却、亡失等により手帳を返還できないときは、その理由を備考欄に記載して提出すること。