

障害者手帳返還届

年 月 日

愛知県精神保健福祉センター所長 殿

届出者 住所  
氏名 印  
受給者との続柄

下記の理由により、精神障害者保健福祉手帳を返還します。

記

- 1 障害者手帳所持者が死亡したため。

所持者氏名

生年月日

死亡年月日 年 月 日

なお、直近の更新申請により延長される、手帳の有効期間2年間の開始日が、上記死亡年月日の翌日以降となる場合においては、この返還届をもって、当該更新申請を併せて取り下げます。

- 2 障害者手帳を必要としなくなったため。

(理由)

- 3 その他

(理由)