

精神障害者保健福祉手帳 返 還 届

※市町村名
※受理年月日

奈良県精神保健福祉センター所長 殿

年 月 日

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を返還します。

<手帳の交付を受けた者（精神障害者本人）>

フリガナ 氏 名		生年 月 日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
住 所	奈良県		

<届出書を提出した者>

氏 名	㊞ (自署又は記名押印)	交付を受けた 者との関係	
住 所	電話 ()		

手帳貼付のり付部	1 返還の理由 例：個人の事情による
	2 添付できない理由 例：手帳を紛失したため

- (注) 1 この届は、①交付を受けた者の障害の状態が交付要件に該当しなくなった場合、②交付を受けた者が死亡した場合に提出してください。新たな手帳と交換に返還する場合はこの届は不要です。
- 2 返還する手帳を、貼付のり付部に貼り付けてください。
- 3 手帳返還の理由を「1 返還の理由」に記載してください。
- 4 手帳を添付できない場合は、その理由を「2 添付できない理由」に記載してください。