

年 月 日

岩手県知事 様

申請者氏名

申請者住所

精神障害者保健福祉手帳返還届

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。

記

1 手帳の交付を受けたもの

(1) 住所

(2) 氏名

(3) 現行の手帳番号

2 返還する理由（該当する番号に○をつけて下さい）

(1) 死亡による

（死亡日： 年 月 日）

(2) 障害等級非該当による

(3) 再交付を受けた後、失った手帳を発見したことによる

(4) 写真貼付無しから写真貼付有りへ変更するための再交付申請による

(5) その他の理由による（ ）

※1 精神障害者保健福祉手帳を添付してください。

2 申請者氏名については、自署による署名としてください。