

## 障害者手帳返還届

年 月 日

岩手県知事 殿

(届出者)

住所 〒

氏名

本人との続柄

電話番号

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

手帳所持者	フリガナ		生年月日	年 月 日							
	氏名										
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 届出者に同じ									
	個人番号										
返還理由	1. 障害等級に該当する精神障害でなくなったため 2. 手帳所持者が死亡したため 3. その他 ( )										
返還事由発生日	年 月 日										

### 返還する手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日		障害等級	
------	--	-------	--	------	--

(注) 精神障害者保健福祉手帳を添付してください。