

別記第16号様式の3（第14条の4関係）

精神障害者保健福祉手帳返還届

年 月 日

和歌山県知事 様

届出者名 ㊟

届出者の住所 日高郡日高川町

手帳の交付を受けた者との続柄

下記の者に交付された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次により返還します。

手帳の交付を受けた者	氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日
	住所	和歌山県日高郡日高川町		
手帳番号		有効期限	年 月 日	
返還理由 (○印)	1 手帳の交付を受けたものが死亡したため 2 障害等級に該当する精神障害の状態がなくなったため 3 障害者手帳を必要としなくなったため			
備考				

(注) 届出者名欄は、記名押印に代えて、署名とすることができます。