

別記第 16 号様式の 3(第 14 条の 3 関係)

精神障害者保健福祉手帳返還届

令和 年 月 日

和歌山県知事 様

届 出 者 名

届 出 者 の 住 所 日高郡日高川町大字

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		生年月日	年 月 日
	住 所	日高郡日高川町大字		
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者が死亡したため 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				