

(様式5)

精神障害者保健福祉手帳返還届

平成 年 月 日

長野県知事 様

返還者 居住地

氏名
(続柄)

私(下記の者)は、下記理由により障害者手帳を返還します。

記

居住地

氏名

手帳番号

返還理由(該当するものに○をしてください)

- ・ 死亡
- ・ 障害程度の変更
- ・ その他 ()

備考

※死亡又は障害程度の変更の場合で、焼却、亡失等により手帳を返還でないときは、その理由を備考欄に記載してください。