様式10号

※市町名	
※受理年月日	年　月　日

障 害 者 手 帳 返 還 届

長崎県知事　様

平成　　年　　月　　日

届出者　氏　名　　㊞

住　所

続　柄

下記の事由により精神障害者保健福祉手帳を返還します。

記

1　障害者手帳

手帳番号

氏　　名

生年月日

障害等級

2　事由（当該番号を〇で囲んで下さい）

1　障害等級に該当する精神障害の状態がよくなった

2　死亡

3　手帳を必要としなくなった

4　二重交付

5　その他

（　　）