

様式 14

|        |                                                |       |
|--------|------------------------------------------------|-------|
| ※市町記入欄 | 精神障害者保健福祉手帳添付の有無                               | 市町受付印 |
|        | 有 ・ 無                                          |       |
|        | 受理年月日      年      月      日<br>(受付印に日付があれば記入不要) |       |

障 害 者 手 帳 返 還 届

山口県知事    様

令和      年      月      日

私は、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の返還について、下記により届けます。

|                                 |                                                                                                          |                             |  |  |  |  |                     |                              |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|--|--|--|---------------------|------------------------------|
| 精神障害者本人                         | フリガナ                                                                                                     |                             |  |  |  |  | 生   年      月      日 | 明・大・昭・平・令<br>年      月      日 |
|                                 | 氏   名                                                                                                    |                             |  |  |  |  |                     |                              |
|                                 | 住   所                                                                                                    |                             |  |  |  |  |                     | 電話      (      )             |
|                                 | 手帳番号                                                                                                     |                             |  |  |  |  |                     |                              |
| 返還の理由<br>(○印)                   | ・死亡した (      年      月      日 死亡)<br>・紛失していた手帳を発見した<br>・不交付または返還の通知を受けた<br>・新たな手帳の交付を受けた<br>・その他 (      ) |                             |  |  |  |  |                     |                              |
| 精神障害者保健福祉手帳の添付の有無<br>(○印)       |                                                                                                          | 有 ・ 無 (理由：紛失・その他 (      ) ) |  |  |  |  |                     |                              |
| 届出をした者<br>※精神障害者本人と同じ場合記入は不要です。 | フリガナ                                                                                                     |                             |  |  |  |  | 本人との続柄              |                              |
|                                 | 氏   名                                                                                                    |                             |  |  |  |  |                     |                              |
|                                 | 住   所                                                                                                    |                             |  |  |  |  |                     | 電話      (      )             |

(注)    紛失の場合を除き、精神障害者保健福祉手帳を添付してください。