

第24号様式（第25条関係）

|                             |
|-----------------------------|
| ※市町村名                       |
| ※受理年月日      年      月      日 |

障 害 者 手 帳 返 還 届

岐阜県精神保健福祉センター所長      様

年      月      日

届出者 氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

(本人との続柄                      )

次のとおり精神障害者保健福祉手帳を返還します。

|         |                                       |  |        |  |
|---------|---------------------------------------|--|--------|--|
| 精神障害者   | 氏 名                                   |  | 手帳交付番号 |  |
|         | 住 所                                   |  |        |  |
|         | 個人番号                                  |  |        |  |
| 返 還 理 由 | 死亡      (死亡年月日:      年      月      日) |  |        |  |
| 備 考     |                                       |  |        |  |

注 ※の欄は、記入しないこと。

精神障害者保健福祉手帳を添付してください（紛失の場合は不要）