様式第７号（第２条関係）

○年　○月　○日

岩手県知事

返還届を提出する方の氏名・住所を記入お願いします。
（手帳の交付を受けた方ではなくても構いません）

申請者氏名　岩手　花子
申請者住所　岩手県○○市○○○○

精神障害者保健福祉手帳返還届

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返還します。

記

青枠のなかをご記入ください。
精神障害者保健福祉手帳も提出お願いします。

１　手帳の交付を受けたもの

（１）　住所　久慈市川崎町○-○

（２）　氏名　岩手太郎

（３）　現行の手帳番号　○○○○

２　返還する理由

（１）～（５）のいずれかに○をつけてください。

（１）　死亡による
（死亡日：　　年　　月　　日）

（２）　障害等級非該当による

（３）　再交付を受けた後、失った手帳を発見したことによる

（４）　写真貼付無しから写真貼付有りへ変更するための再交付申請による

（５）　その他の理由による（　　）

※　精神障害者保健福祉手帳を添付してください。