

障害者手帳返還届

年 月 日

愛知県精神保健福祉センター所長 殿

届出者 住所

氏名

生年月日

所持者との続柄

(※届出者は本人死亡の場合以外は原則本人)

下記の理由により、精神障害者保健福祉手帳を返還します。

記

所持者（届出者が所持者本人の場合は記入不要）

住所

氏名

生年月日

年

月

日

返還する理由

1 障害者手帳所持者が死亡したため。

死亡年月日 年 月 日

2 障害者手帳を必要としなくなったため。

（理由）

3 その他

（理由）

なお、直近の再認定申請により発行される障害者手帳の有効期間の開始日が、以下に該当する場合は、この返還届をもって、当該再認定申請を併せて取り下げます。

- ① 「本人死亡による場合」に開始日が死亡年月日の翌日以降となる場合。
- ② 「本人による届出の場合」に開始日が届出日の翌日以降となる場合。