

精神障害者保健福祉手帳・自立支援医療（精神通院）受給者証 返還届

兵庫県知事 様

返還者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

下記の者の

- 精神障害者保健福祉手帳 を返還します。
- 自立支援医療受給者証

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (生年月日; 年 月 日 )

精神障害者保健福祉手帳番号 \_\_\_\_\_

自立支援医療受給者証番号 \_\_\_\_\_

返還理由

- 死亡
- 有効期限内の返還 (理由: \_\_\_\_\_)
- その他 (理由: \_\_\_\_\_)

返還年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\* 有効期限切れの精神障害者保健福祉手帳・自立支援医療受給者証を返還する場合は、この届けは提出不要です。

市町受理日	センター受理日