

(様式 5)

精神障害者保健福祉手帳返還届

令和 ○年 ○月 ○日

長野県知事 様

実際に窓口へ手続きに  
来た人の住所氏名を記入

返還者 居住地 **上田市○○▲-▲-▲**  
氏名 **(来庁者氏名)**  
(続柄) **(本人・兄弟姉妹・妻・子など)**

私(下記の者)は、下記理由により障害者手帳を返還します。

記

居住地 **上田市○○▲-▲-▲**  
氏名 **(手帳所持者本人氏名)**  
手帳番号 **○○○○ 号**  
理由 **更新により新たに手帳が交付されたため**  
**○年○月○日死亡のため** など  
備考

※死亡又は障害程度の変更の場合で、焼却、亡失等により手帳を返還できないときは、その理由を備考欄に記載して提出すること。