

精神障害者保健福祉手帳・自立支援医療（精神通院医療）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	健康福祉事務所受理日	センター受理日