

精神障害者保健福祉手帳・自立支援医療受給者証の返還届

兵庫県知事 様

住所 加古川市加古川町北在家 2000
氏名 加古川 次郎

下記のとおり ☐ 自立支援医療受給者証 を返還します。
☒ 精神障害者保健福祉手帳

返還者 住所 加古川市加古川町北在家 2000
(手帳・受給者証所持者) 氏名 加古川 太郎

自立支援医療受給者番号

精神障害者保健福祉手帳番号 123456

返還理由

- ☒ 死亡
☐ 有効期間内の返却 (理由)
☐ その他 (理由)

返還年月日 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

* 有効期間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却する場合は、この届の提出は不要です。

市町受理日	健康福祉事務所受理日	センター受理日