

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 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

(手帳・受給者証所持者)

氏名 \_\_\_\_\_

自立支援医療受給者番号 \_\_\_\_\_

精神障害者保健福祉手帳番号 \_\_\_\_\_

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 年 月 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