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

返還者　　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

住所

氏名

自立支援医療受給者証番号

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 |
|  |  |  |