

※市町収受印

## 障害者手帳返還届

広島県知事様

令和 年 月 日

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳について、次の理由（○印）により返還します。

1. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第6条の規定で定める精神障害の状態がなくなったため
2. 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者が死亡したため  
(死亡年月日 令和 年 月 日)
3. その他の理由

(返還理由)

手帳所持者 氏 名 \_\_\_\_\_

※返還者と同一の場合は記載不要

生年月日 年 月 日

手帳番号

返 還 者 氏 名 \_\_\_\_\_

住 所