（別紙様式５）

精 神 障 害 者 手 帳 返 還 届

令和　　年　　月　　日

長野県知事　　様

返還者　居住地

氏　名
（続柄）

私（下記の者）は、下記理由により障害者手帳を返還します。

記

居 住 地

氏　　名

手帳番号

理　　由

備　　考

※死亡又は障害程度の変更の場合で、焼却、亡失等により手帳を返還できないときは、その理由を備考欄に記載して提出すること。