

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還する場合は、
この届出の提出は不要です。

市町受理日	健康福祉事務所受理日	センター受理日