(様式 5)

精神障害者手帳返還届

平成　　年　　月　　日

長野県知事　　様

返還者　居住地

氏名　　印

(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。