

(別紙様式5)

精神障害者手帳返還届

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。