

年 月 日

京 都 府 知 事 様

届出者 氏名

(本人との続柄)

精神障害者保健福祉手帳返還・自立支援医療受給者証(精神通院)返納届

下記のとおり

- ・ 精神障害者保健福祉手帳を返還
- ・ 自立支援医療受給者証（精神通院）を返納

します。

記

返 還 ・ 返 納 者 (本 人)	氏 名	
	住 所	
精神障害者 保健福祉手帳	手 帳 番 号 (第 号) 交 付 日 (年 月 日)	
自立支援医療 受給者証(精神通院)	受 給 者 番 号 () 交 付 日 (年 月 日)	
理 由	手 帳	1 有効期間が満了のため 2 障害等級に該当する精神障害の状態がなくなったため 3 死亡のため 4 その他
	受 給 者 証	1 有効期間が満了のため 2 公費負担を行う理由がなくなったため 3 死亡のため 4 その他

- 注 1 返還・返納理由が「他都道府県に転出」、「紛失した手帳が再交付後に見つかった」や「辞退」等の場合は、「4 その他」として下さい。
- 2 返還・返納理由が「1 有効期間が満了のため」については、更新（継続）申請が認められた場合の返還（返納）を除きます。