

年 月 日

京 都 府 知 事 様

届出者 氏名 (本人との続柄) 印

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	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」としてください。
- 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。