

別紙様式3

| | |
|--------|-------|
| ※市 町 名 | |
| ※受理年月日 | 年 月 日 |

手 帳 返 還 届

滋賀県知事

様

年 月 日

届 出 者
住 所

氏 名
(続 柄)

電話番号 — —

私は、次の事項（○印）について届出します。

- 1 精神障害者の死亡による障害者手帳の返還
- 2 障害等級に該当する精神障害の状態がなくなったことによる障害者手帳の返還

| | | | |
|-----------------------|---------|-------|----------------|
| 精 神 障 害 者 | 氏 名 | | 生年月日 年 月 日生 |
| | 居 住 地 | | |
| | 手 帳 番 号 | 号 | |
| | 死亡年月日 | 年 月 日 | |

(注) この届出書には、次の書類を添付してください。

- 1 障害者手帳
- 2 精神障害者の死亡の場合は、死亡を証する書類の写し