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

* 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

下記のとおり　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。

用紙の大きさは日本産業規格A4とすること