

精神障害者保健福祉手帳 返 還 届

市町村名
受理年月日

奈良県精神保健福祉センター所長 殿

平成 年 月 日

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳を返還します。

<手帳の交付を受けた者（精神障害者本人）>

フリガナ 氏 名		生年 月日	大正・昭和・平成 年 月 日
住 所	奈良県		

<届出書を提出した者>

氏 名		交付を受けた 者との関係	
	(自署又は記名押印)		
住 所	電話 ()		

手帳貼付のり付部	1 返還の理由 例：個人の事情による
	2 添付できない理由 例：手帳を紛失したため

- (注) 1 返還する手帳を、貼付のり付部に貼り付けてください。
 2 手帳返還の理由を「1 返還の理由」に記入してください。
 3 手帳を添付できない場合は、その理由を「2 添付できない理由」に記入してください。