

別紙様式 8

精神障害者保健福祉手帳返還届

令和 年 月 日

市町村受理印

福島県知事

【届出者】

住所.....

氏名.....

(本人との続柄.....)

電話番号.....

下記のとおり精神障害者保健福祉手帳を返還します。

記

手帳所持者 (精神障害者本人)	氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	個人番号			
	手帳番号			
届出の事由	1 政令で定められた障害の状態でなくなったため (法第45条の2第1項) 2 紛失した精神障害者保健福祉手帳が見つかったため (政令第10条第2項) 3 本人の死亡のため(死亡年月日 令和 年 月 日) (政令第10条第1項) ※3の場合のみ個人番号の記載は不要 4 その他( )			

※手帳原本を添付してください。