

平成 年 月 日

島根県知事 様

届出者氏名 ㊞

住所

本人との続柄 ( )

手帳番号

精神障害者保健福祉手帳返還届

平成 年 月 日付けで交付されました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について、下記の理由により別添のとおり返還します。

記

1. 本人氏名

2. 返還理由

☐ 不要になったため

☐ 本人死亡のため

死亡日 平成 年 月 日

☐ その他