

市町村名	市・町・村
受付年月日	年 月 日

精神障害者保健福祉手帳返還届

宮城県知事 殿

年 月 日

届出者 住 所  
氏 名  
手帳所持者  
との関係

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 45 条の 2 第 1 項  
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第 10 条第 2 項 の規定により、  
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第 10 条の 2 第 1 項  
下記のとおり精神障害者保健福祉手帳を返還します。

記

1 障害者氏名

2 個人番号

※返還する理由が 4 (1) に該当する場合のみ記載

3 手帳番号

4 返還する理由

- (1) 障害等級に該当する精神障害でなくなったため
- (2) 手帳の交付を受けた者が死亡したため
- (3) その他の事由