様式第６９号

|  |  |
| --- | --- |
| 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つたため

 (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