

精神障害者保健福祉手帳返納届

平成 年 月 日

青森県知事 殿

届出者 氏名



住所

続柄

下記の者の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、交付条件が喪失したので返納します。

手帳番号			
手帳の交付を受けた者	氏名		性別 男・女
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
	住所		
返納理由			
返納事由の発 生年月日	平成 年 月 日		