

(別紙様式 9)

年 月 日

(宛 先) 秋田県知事

住 所  
氏 名

精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳 返 還 届

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項の規定に基づき、精神障害者保健福祉手帳を返還します。

記

1 手帳の交付を受けた者

- (1) 住 所
- (2) 氏 名
- (3) 手 帳 番 号

2 返還する理由

- (1) 死 亡 に よ る
- (2) 障害等級非該当による
- (3) その他の理由による ( )

注 精神障害者保健福祉手帳を添付してください。