

記入例

様式第 6 9 号

市町村名	多賀城市	No.	
受付年月日	令和	年	月 日

精神障害者保健福祉手帳返還届

宮城県知事 殿

令和〇年〇月〇日

届出者 住 所 多賀城市中央2丁目1番1号
氏 名 多賀城 太郎 印
手帳所持者
との関係 夫

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

多賀城 花子

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

1 2 3 4 5 6

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