

精神障害者保健福祉手帳 返還届書

横浜市長

申請者 _____ 本人との関係 (_____)

住所 _____

電話番号 _____

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項又は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項の規定により、精神障害者保健福祉手帳を返還します。

対象者	個人番号	_____ - _____
	フリガナ 氏名	_____
	生年月日	_____
	住所	〒 _____
	電話	(_____) _____

返 還 理 由	_____
理 由 発 生 日	_____
手 帳 番 号	_____