

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	_____

精神障害者保健福祉手帳 返還届書

横浜市長

申請者 **横浜 ○○** 本人との関係 ()

住所 **横浜市中区本町○-○**

電話番号

対象者の個人番号（マイナンバー）カード等に記載されている個人番号をご記入のうえ、郵送申請の際にはその写しを同封してください。個人番号が不明の場合は空欄とし、個人番号カード等の写しの同封も省略して構いません。

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項の規定により、精神障害者保健福祉手帳の返還を受けることとなる。

対 象 者	個人番号	○	○	○	○	-	○	○	○	○	-	○	○	○	○
	フリガナ	ヨコハマ ○○													
	氏 名	横浜 ○○													
	生年月日	平成○年○月○日													
	住 所	〒231-0005 横浜市中区本町○-○													
電 話	045 (○○○) ○○○○														

返 還 理 由	○○のため
理 由 発 生 日	空白で構いません。（※精神通院医療・手帳事務処理センターでの受理日となります）
手 帳 番 号	○○○○○○○○（※返還する手帳に記載のある手帳番号をご記入ください。）