

※市町村名

※受理年月日

※市町村記入

障 害 者 手 帳 返 還 届

宮崎県知事 殿

令和 年 月 日

下記の者は、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を必要としなくなりましたので返還します。

(手帳所持者) 氏 名 印
住 所
現行の手帳番号

(届 出 者) 氏 名 印
住 所
本人との関係