

市町受付印欄

精神障害者保健福祉手帳返還届

年 月 日

石 川 県 知 事 殿

届出者氏名

住所

次のとおり精神障害者保健福祉手帳を返還します。

精神障害者	氏名	手帳番号
	住所	
返 還 理 由	ア 政令で定める精神障害の状態がなくなったため イ 死亡したため ウ 都道府県知事より手帳の返還を命じられたため エ その他 ()	
備 考		