

年度	—	番
----	---	---

## 精神障害者保健福祉手帳返還届

吹田市長宛

年 月 日

記入者住所 \_\_\_\_\_

記入者氏名 \_\_\_\_\_

(本人との関係 )

電話番号 \_\_\_\_\_

次の事項について下記のとおり届け出ます。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の2に基づく精神障害

者保健福祉手帳の返還

記

手帳番号	
氏名	個人番号 ( )
生年月日	年 月 日
住所	大阪府吹田市
理由	

吹田市受付印