

別紙様式 8

精神障害者保健福祉手帳返還届

年 月 日

福島県知事

住所
届出者
氏名
(本人との続柄)

下記のとおり精神障害者保健福祉手帳を返還します。

記

手帳所持者 (精神障害者本人)	氏名							生年 月日	年 月 日		
	個人番号										
	手帳番号										
届出の事由	<p>① 政令で定められた障害の状態でなくなったため。 (法第45条の2第1項)</p> <p>② 紛失した精神障害者保健福祉手帳が見つかったため (政令第10条第2項)</p> <p>③ 本人の死亡のため (死亡年月日 年 月 日) (政令第10条第1項)</p>										