

別紙様式第5号

精神障害者保健福祉手帳返納届

平成 年 月 日

青森県知事

殿

届出者 氏名
住所
続柄

印

下記の者の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について、交付条件が喪失したので返納します。

手帳番号				
手帳の交付を受けた者	氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日		
	住所			
返納理由				
返納事由の発生年月日		年 月 日		