

別紙様式第5号

精神障害者保健福祉手帳返納届

年 月 日

青森県知事

殿

届出者 氏名

住所

続柄

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	
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
	住所	
	個人番号	
返納事由		
返納事由の発生日	年 月 日	