

精神障害者保健福祉手帳返還届

年 月 日

静岡県知事 様

住 所
氏 名
(返還者氏名)
電 話 番 号
手 帳 番 号

次のとおり精神障害者保健福祉手帳を返還します。

返還の理由（該当する理由を○で囲んでください）

- (1) 障害等級に該当する精神障害の状態がなくなった
- (2) 法第 45 条の 2 の規定により、県センターから手帳の返還を命じられた
- (3) 紛失等により手帳の再交付を受けたが、失った手帳を発見した
- (4) 交付を受けた者が死亡した
(手帳所持者氏名：_____)
- (5) その他 ()