

(様式第 1 4 号)

※市町村名

※受理年月日

年 月 日

精神障害者保健福祉手帳返還届

鳥取県知事 様

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 45 条の 2 第 1 項(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第 10 条第 2 項・第 10 条の 2 第 1 項)の規定により、精神障害者保健福祉手帳を返還します。

年 月 日

届出者 住所

氏名

印

精神障害者	氏名		手帳番号	
	住所			
返 還 理 由				
備 考				