

精神障害者保健福祉手帳返還届

市町村受付

三重県知事様

令和 年 月 日

住所
氏名
手帳所持者
との続柄
電話番号

以下の理由から、精神障害者保健福祉手帳を返還します。

記

手帳所持者住所	
手帳所持者氏名	
返還の理由	治癒・死亡・その他()
所持手帳番号	
返還原因発生年月日	令和 年 月 日

※ 添付書類:精神障害者保健福祉手帳