

年 月 日

精神障害者保健福祉手帳返還届

大阪府知事 様

記入者住所

記入者氏名

印

次の事項について下記のとおり届け出ます。

- ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の2に基づく精神障害者保健福祉手帳の返還

記

手帳番号	
氏名	
理由	1. 死去 2. その他()