

(様式第14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 平井 伸治 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 氏 名 住 所
※個人番号 

氏 名		手帳番号	
住 所			
返還理由			
備 考			

※届出者が手帳所持者の場合のみ記載が必要です。