（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 | 住　　所  氏　　名  ※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。