

年 月 日

精神障害者保健福祉手帳返還届

(宛先) 大東市長

(届出者)

住所

氏名

下記の理由により、精神障害者保健福祉手帳を返還いたします。

記

手帳番号	
氏名	
理由	1. 死亡のため ( 年 月 日) 2. その他 ( )