様式第５号（第５条関係）

　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |