

# 精神障がい者保健福祉手帳返還届

令和 年 月 日

(提出先) 大阪市長

届 出 人	住所	電話 ( )
	氏名	返還者との続柄 本人 ・ その他 ( )

次の理由により、精神障がい者保健福祉手帳を返還します。

- 手帳を必要としなくなったため
- 先に手帳の再交付を受けたが、紛失した手帳を発見したため
- 本人死亡
- その他 ( )

返還者	住所	
	氏名	
	生年月日	明・大 昭・平・令
手帳番号		
交付年月日		

※この届を行う際には、交付中の精神障がい者保健福祉手帳を添付してください。

区保健福祉センター 受付印