

(様式第9号)

精神障害者保健福祉手帳返納届

※ 手帳を所持している方に関する事項

フリガナ											生年月日	年	月	日
氏名														
個人番号														
住所														
	電話 ()													

※ 保護者（手帳を所持している方が18歳未満の場合）、提出者に関する事項

フリガナ			本人の 関係	
氏名				
住所				
	電話 ()			

下記事由により、精神障害者保健福祉手帳を返納します。

- 1 障害等級に該当する精神障害でなくなったため
- 2 精神障害者保健福祉手帳を所持している者が死亡したため
- 3 その他 ()

年 月 日 (あて先) 仙台市長

提出者氏名

--

区役所・総合支所 受付印

--

※ この届書は、郵送又は代理の方の提出が可能です。

◇◇ 区役所等使用欄 ◇◇