

年 月 日

山形県知事 殿

申請者 住 所

氏 名

印

個人番号

精神障害者保健福祉手帳返還届出書

精神障害の状態がなくなった（精神障害者保健福祉手帳の再交付を受けた後に紛失した精神障害者保健福祉手帳を発見した、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者が死亡した）ので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 45 号の 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、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第 10 条の 2 第 1 項）の規定により返還します。

記

1. 死亡（ 年 月 日）

2. 紛失したものを発見

3. その他 （1）等級変更

（2）氏名変更

（3）その他（ ）

（注） 1 氏名については、記名押印又は自署による署名のいずれかとすること。

2 個人番号は、精神障害の状態がなくなった場合のみ記入してください。

（市町村記入欄）

本人確認