

市町村名	多賀城市	No.	
受付年月日	令和	年	月 日

精神障害者保健福祉手帳返還届

宮城県知事 殿

令和 ● 年 ● 月 ● 日

届出者 住 所 **多賀城市中央二丁目 1 番 1 号**
氏 名 **多賀城 次郎**
手帳所持者
との関係 **長男**

〔 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 45 条の 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、

下記のとおり精神障害者保健福祉手帳を返還します。

記

1 障害者氏名

多賀城 太郎

2 手帳番号

1 2 3 4 5

3 返還する理由

(1) 障害等級に該当する精神障害でなくなったため

(2) 手帳の交付を受けた者が死亡したため

(3) その他の事由