

# 精神障害者保健福祉手帳返還届

年 月 日

静岡県知事 様

〒 \_\_\_\_\_  
住 所  
氏 名  
(返還者氏名)  
電 話 番 号  
手 帳 番 号

次のとおり精神障害者保健福祉手帳を返還します。

返還の理由 (該当する理由を○で囲んでください)

- (1) 障害等級に該当する精神障害の状態がなくなった
- (2) 法第 45 条の 2 の規定により、県センターから手帳の返還を命じられた
- (3) 紛失等により手帳の再交付を受けたが、失った手帳を発見した
- (4) 交付を受けた者が死亡した  
(手帳所持者氏名： \_\_\_\_\_)
- (5) その他 ( \_\_\_\_\_ )