

精神障害者保健福祉手帳返還届

高石市長 宛

年 月 日

下記の精神障害者保健福祉手帳を返還します。

記

氏 名			
住 所			
手 帳 番 号			
理 由	・死亡 死亡日 年 月 日 ・その他 ()		
届 を 提 出 し た 者	氏 名	印	本人 家族 医療機関職員 () その他 ()
	住 所	電話 ()	