精神障害者保健福祉手帳返納届

手帳所持者氏名 （生年月日）	（　　）
住　　所	
手　帳　番　号	
返　納　年　月　日	平成　　年　　月　　日
返　納　理　由	

上記のとおり返納します。

平成　　年　　月　　日

届出人住所

（あて先）福岡市長　　氏名　　印

（受給者との続柄　　）

保健所受付印	

＜城南おくやみ506Ｐ＞