

様式第5号

障害者手帳返還届

年 月 日

摂津市長 様

住所
(届出者)
氏名

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳の返還について、下記のとおり届け出ます。

記

	手 帳 番 号									
氏 名										
理 由	1 死去 2 その他()									