障害者手帳取下届

年　　月　　日

都道府県知事・指定都市市長　殿

（届出者）

住所　〒

氏名

本人との続柄

電話番号

**固定文言１**

下記の理由により、精神障害者保健福祉手帳の申請を取下します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 取下理由 |  |

対象者

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □届出者に同じ | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 電話番号 | |  | | |
| 保護者 | | | | | | |
| フリガナ | |  | 本人との  続　　柄 | |  | | |
| 氏　　名 | |  |
| 住　　所 | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □届出者に同じ | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 電話番号 | |  | | |

既交付手帳の記載内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 手帳番号 |  | 交付年月日 | 年　　月　　日 | 障害等級 |  |

**自由記載１**