

精神障害者保健福祉手帳（返還・申請取下）書

神戸市長 宛

私は次のとおり、精神障害者保健福祉手帳申請を（返還・申請取下）  
します。

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_  
(続柄 \_\_\_\_\_)

手 帳 番 号 \_\_\_\_\_

手帳所持者・申請者 \_\_\_\_\_

理 由 \_\_\_\_\_