

令和 年 月 日

精神障害者保健福祉手帳所持者死亡届

堺市長 様

住 所

氏 名

本人との関係

電話番号

現在精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている下記の者が死亡したので届出ます。
なお、交付を受けていた精神障害者保健福祉手帳を別添のとおり返還いたします。

記

手帳所持者氏名

手 帳 番 号

死 亡 年 月 日 令和 年 月 日