

(別紙様式 6)

番 号  
年 月 日

障害者手帳返還通知書

殿

都道府県知事名 印

平成 年 月 日に実施された、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 45 条の 2 第 4 項の規定に基づく診察の結果、施行令第 6 条の規定による精神障害者保健福祉手帳の障害等級に定める精神障害の状態に該当しなかったので、同法第 45 条の 2 第 3 項の規定により速やかに〇〇〇保健所長に返還することを命ずる。