

(別紙1)

※市町村名			
※受理年月日	年	月	日

※市町村記入

障 害 者 手 帳 紛 失 届

宮崎県知事 殿

年 月 日

私は、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を紛失しましたので届出ます。

なお、紛失した手帳を発見した場合は、速やかに、これを返還します。

手帳申請者 氏名 印

住所

現行の手帳番号

届 出 者 氏名 印

本人との関係

住所