

# 辞 退 届

鹿児島県精神保健福祉センター所長 殿

私は、一身上の都合により（自立支援医療費（精神通院）受給者証・精神障害者保健福祉手帳）を（自立支援医療費（精神通院）受給者証・精神障害者保健福祉手帳）の原本を添えて返納します。

令和 年 月 日

受給者・手帳所持者の住所

受給者・手帳所持者の氏名  
（自署又は記名押印）