

第5号様式

令和 年 月 日

高知県知事様

市町村
受付印

(届出者)
氏名

療育手帳返還届

療育手帳制度実施要綱第10条の規定により療育手帳を返還します。

| 手帳番号 | | 第 号 | | | |
|------|------|---------------|--------------|----|-----|
| 本人 | 住所 | (電話 - -) | | | |
| | ふりがな | 生年月日 | 昭平令 年 月 日 | 性別 | 男・女 |
| 保護者 | 住所 | (電話 - -) | | | |
| | ふりがな | 氏名 | 続柄 | | |
| 返還理由 | 死亡 | 年 月 日 死亡 | | | |
| | 県外転出 | 年 月 日 (転出先) | | | |
| | その他 | (理由) 年 月 日 | | | |