

療育手帳返還届

年 月 日

都道府県知事・指定都市・中核市市長 殿

(届出者)

住所 〒

氏名

本人との続柄

電話番号

下記の理由により、療育手帳を返還します。

記

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|---|--|--|--|--|--|--|--|------|-------|--|--|
| 手 帳 所 持 者 | フリガナ | | | | | | | | | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | 〒 □届出者に同じ | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| 返 還 理 由 | | 1. 非該当になったため 2. 手帳所持者が死亡したため 3. 所管地域をまたぐ居住地の変更のため 4. その他 () | | | | | | | | | | | |
| 返還事由発生日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | |

返還する手帳の記載内容

| | | | | | |
|------|--|-------|--|-----------------|--|
| 手帳番号 | | 交付年月日 | | 障害の程度 (総合判定) | |
|------|--|-------|--|-----------------|--|