

療育手帳返還届

松本市福祉事務所長 経由			
松本 児童相談所長 知的障害者更生相談所長 様			
年 月 日			
氏名 _____ ⑩ (区分：本人・保護者)			
療育手帳を下記の理由により返還します。			
記			
本人	ふりがな		〒
	氏名		住所 (電話番号)
	手帳番号	第 号	手帳交付年月日 年 月 日
保護者	ふりがな		〒
	氏名		住所 (電話番号)
	本人との続柄		
返還理由	1. 交付の対象として該当しなくなった。 2. 死亡 3. その他（理由を記入してください。）		

(注1) ちゆう きめいおういん か しめい 記名押印に代えて署名することができます。

(注2) この書類の書き方や書いてある内容がよくわからないときは、しちやうそん まどぐち そうだん 市町村の窓口でご相談ください。