

(様式第 10 号)

療育手帳返還届

_____福祉事務所長 経由 _____町 村 長				
児童相談所長 様 知的障害者更生相談所長				
年 月 日				
氏 名 _____ (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		住所	〒
	氏 名			(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		住所	〒
	氏 名			(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) 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、市町村の窓口でご相談ください。