

(様式第 10 号)

療育手帳返還届

福祉事務所長 町村長 経由
児童相談所長 知的障害者更生相談所長 様

令和			年			月			日
申請者氏名						□本人 □保護者			

療育手帳を次の理由により返還します。

□交付の対象として該当しなくなった。													
□死亡			令和			年			月			日	死亡
□その他（理由を記入してください）													

本人	ふりがな											生年 月日	□ 大正 □ 昭和 □ 平成 □ 令和			
	氏名												年 月 日			
	住所	〒					—									
電話番号	() —										手帳 番号	第 号				

保護者	ふりがな											本人との 続柄				
	氏名															
	住所	〒					—									
電話番号	() —															

市町村記入欄

※市町村から判定機関への連絡事項	市町村受領印	判定機関受領印