

(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						
	個人番号																		

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	□ 記載の個人番号は本人のものと相違ありません。 ①確認年月日 年 月 日 ②確認者 ③確認方法 □マイナンバーカード □その他()	市町村受領印
------------------	---	--------

判定機関記入欄

児	知	1	2	中	松	飯	諏	佐

判定機関受理印

--