

(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
------------------	--------	---------