

<必要なもの>

・返還届(この紙)

・手帳

スタンプ

年 月 日

岩手県知事 様

窓口(スタンプ)

届出者氏名

電話番号

()

印

療育手帳返還届

療育手帳を次の理由により返還します。

本人	ふりがな	くろたろう 久慈太郎	生年月日	50年0月0日	性別	男・女
	住所	〒000-0000 久慈市00町△△-XX			電話	0123 -45-6789
保護者	ふりがな	くろはな 久慈花子	生年月日	50年0月0日	続柄	母
	住所	〒000-0000 久慈市00町△△-XX			電話	0123 -45-6789

手帳の番号、交付年月日 第 000 号 (50年0月0日交付)

判定の記録

障害の程度	(総合判定)	合併障害 (身体障害種級)	判定年月日
			次の判定年月
			判定機関

記入不要

返還する理由

- ①再交付
- ②死亡 年 月 日
- ③非該当
- ④その他

注 この届には不要となった療育手帳を添えて提出してください。

管轄市町村

※ 記入不要