

必要書類

- ・返還届(本書)
- ・療育手帳原本

届出書の記入者名を
ご記入ください。

年 月 日

様

赤枠内をご記入ください。

届出者氏名

電話番号 ()

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 氏 名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
	住 所	〒			電話	
保護者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日	続柄	
	住 所	〒			電話	
手帳の番号、交付年月日		第 号 (年 月 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		
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