(様式第10号)

療 育 手 帳 返 還 届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |

福祉事務所長　町村長　経由

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | [ ] 本人　[ ] 保護者 |

児童相談所長　知的障害者更生相談所長　様

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 |