

(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		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者
-------	--	--

療育手帳を次の理由により返還します。

<input type="checkbox"/> 交付の対象として該当しなくなった。										
<input type="checkbox"/> 死亡	令和			年			月		日	死亡
<input type="checkbox"/> その他 (理由を記入してください)										

本人	ふりがな					生年	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	氏名					月日		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
------------------	--------	---------