

(様式第 10 号)

療育手帳返還届

| | | | | |
|--|--|-----|-------------|--------|
| _____福祉事務所長 経由 _____町 村 長 児童相談所長 様 知的障害者更生相談所長 年 月 日 氏 名 _____ ㊟ (区分：本人・保護者) 療育手帳を下記の理由により返還します。 記 | | | | |
| 本人 | ふりがな | | 住 所 | 〒 |
| | 氏 名 | | | (電話番号) |
| | 手帳番号 | 第 号 | 手帳交付 年月日 | 年 月 日 |
| 保護者 | ふりがな | | 住 所 | 〒 |
| | 氏 名 | | | (電話番号) |
| | 本人との続柄 | | | |
| 返 還 理 由 | 1 交付の対象として該当しなくなった。 2 死亡 3 その他 (理由を記入してください) | | | |

(注 1) 記名押印に代えて署名することができます。

(注 2) この書類の書き方や書いてある内容がよくわからないときは、市町村の窓口でご相談ください。