

療育手帳返還届

年 月 日

沖縄県知事 殿

(届出者) 住所 〒

氏名
本人との続柄
電話番号

下記の理由により、療育手帳を返還します。
記

手帳所持者	フリガナ													
	氏名									生年月日	年 月 日			
	住所	〒 ☐ 届出者に同じ												
	個人番号													
返還理由		1. 非該当になったため 2. 手帳所持者が死亡したため 3. 所管地域をまたぐ居住地の変更のため 4. 再交付を受けたため 5. その他 ()												
返還事由発生日		年 月 日												

返還する手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日	年 月 日	障害の程度 (総合判定)	
------	--	-------	-------	-----------------	--

経由機関	市福祉事務所長 町 村 長 印	
	年 月 日受理	年 月 日進達

※この届出には、返還する療育手帳を添付してください。
※経由機関においては、個人番号欄に記入誤りがないことを確認のうえ、欄外に済等を表記してください。