療育手帳返還届

年　　　月　　　日

都道府県知事・指定都市・中核市市長　殿

（届出者）

住所　〒

**固定文言２**

氏名

本人との続柄

電話番号

**固定文言１**

　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 |  | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | |
| 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．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 |  | 障害の程度(総合判定) |  |

**自由記載１**