

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							生年月日	年 月 日				
	氏名												
	住所	〒						<input type="checkbox"/> 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		障害の程度 (総合判定)	
------	--	-------	--	-----------------	--

経由機関	市町村長 印										
	年 月 日受理						年 月 日進達				

※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㊟等を表記してください。