

療育手帳取下届

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、療育手帳の申請を取下します。

記

取下理由	<input type="checkbox"/> 療育手帳を必要としなくなった。 <input type="checkbox"/> 交付対象者に該当しないと判明した。 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---

対象者

フリガナ			
氏名			
住所	〒	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ	
生年月日	年 月 日	電話番号	

保護者

フリガナ			
氏名			
住所	〒	<input type="checkbox"/> 手帳所持者に同じ	
生年月日	年 月 日	電話番号	

既手帳交付内容

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	市町村長 印		
	年 月 日受理	年 月 日進達	