

療育手帳返還届

令和 年 月 日

(届出者) 住 所

氏 名

本人との続柄 ()

下記のとおり療育手帳を返還いたします。

記

岡山県知的障害者更生相談所長 殿

本 人 住 所

氏 名

手帳番号 第 号

交 付 日 年 月 日

障害程度

返還理由 交付対象に該当しなくなった
死亡 死亡年月日(令和 年 月 日)
その他療育手帳を必要としなくなった

第 号
年 月 日

上記のとおり療育手帳が返還されたので進達する。

町 村 長 印
福祉事務所長

岡山県知的障害者相談所長 殿