

療育手帳返還届

年 月 日

千葉県知事 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. 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)	
------	--	-------	--	-----------------	--