

別紙様式9

療育手帳返還届

令和 年 月 日

千葉県知事

様

〒 ー

届出者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

下記のとおり療育手帳を返還します。

記

(返還する療育手帳の内容)	
フリガナ	
本人氏名 _____	生年月日 _____年____月____日生 (____歳)
手帳番号 第_____号	交付年月日 _____年____月____日
判定機関 _____	児童相談所・ _____障害者相談センター

(手帳を返還する理由) 該当する項目の番号を○で囲んでください。
1 千葉県以外の手帳の交付を受けたため
2 本人が死亡 (_____年____月____日) したため
3 その他 (_____)

注意事項

- 1 届出者氏名は手帳の交付を受けている本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
- 2 \_\_\_\_\_部に必要事項を記入してください。