

(様式第 10 号)

療 育 手 帳 返 還 届

|                                                                                                                                                                            |                                                   |     |             |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----|-------------|--------|
| <div>_____福祉事務所長<br/>_____町 村 長</div> <div>児童相談所長<br/>知的障害者更生相談所長</div> <div>_____ 氏 名 _____<sup>印</sup><br/>(区分：本人・保護者)</div> <div>療育手帳を下記の理由により返還します。</div> <div>記</div> |                                                   |     |             |        |
| 本人                                                                                                                                                                         | ふりがな                                              |     | 住 所         | 〒      |
|                                                                                                                                                                            | 氏 名                                               |     |             | (電話番号) |
|                                                                                                                                                                            | 手帳番号                                              | 第 号 | 手帳交付<br>年月日 | 年 月 日  |
| 保護者                                                                                                                                                                        | ふりがな                                              |     | 住 所         | 〒      |
|                                                                                                                                                                            | 氏 名                                               |     |             | (電話番号) |
|                                                                                                                                                                            | 本人との続柄                                            |     |             |        |
| 返<br>還<br>理<br>由                                                                                                                                                           | 1 交付の対象として該当しなくなった。<br>2 死亡<br>3 その他（理由を記入してください） |     |             |        |

(注 1) 記名押印に代えて署名することができます。

(注 2) この書類の書き方や書いてある内容がよくわからないときは、市町村の窓口でご相談ください。