

(様式第 10 号)

療育手帳返還届

福祉事務所長 町村長 経由
児童相談所長 知的障害者更生相談所長 様

令和			年			月			日
----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

申請者氏名		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者
-------	--	--

療育手帳を次の理由により返還します。

<input type="checkbox"/> 交付の対象として該当しなくなった。										
<input type="checkbox"/> 死亡	令和			年			月		日	死亡
<input type="checkbox"/> その他 (理由を記入してください)										

本人	ふりがな			生年	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和					
	氏名			月日			年		月	日
	住所	〒								
	電話番号	()		—	手帳 番号			第		号
	個人番号									

保護者	ふりがな			本人との 続柄	
	氏名				
	住所	〒			
電話番号	()		—		

市町村記入欄

※市町村から判定機関への連絡事項	<input type="checkbox"/> 記載の個人番号は本人のものと相違ありません。 ①確認年月日 年 月 日 ②確認者 ③確認方法 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()	市町村受領印
------------------	--	--------

判定機関記入欄

児	知	1	2	中	松	飯	諏	佐

判定機関受理印
