

(様式第 8 号)

療育手帳返還届書

年 月 日

置賜総合支庁長 殿

氏 名 _____ ㊞

本人との続柄 _____

さきに療育手帳の交付を受けましたが、

- ・療育手帳交付対象者に該当しなくなったので
- ・療育手帳を必要としなくなったので
- ・本人が 年 月 日に死亡したので

療育手帳を返還します。

本 人	氏名		保 護 者	氏名	
	住所			住所	
療育手帳 番 号	第 号(年 月 日交付)				
経由機関					
(市町村名)			長井市福祉事務所		
療育手帳交付台帳抹消			年 月 日		