（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 | | | | | |