（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 |