

管轄区	(中 東 西 南 北) 区
-----	-----------------

療育手帳返還届

熊 本 市 長 様

届出日 令和 年 月 日
届出者氏名 _____ 印
(自筆又は記名押印)

次のとおり届出します。

事 由	返 還	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 死亡 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 職権 <input type="checkbox"/> その他 (理由 : _____)
	事由発生日	年 月 日

療育手帳番号 熊本(県 市) 第 _____ 号 (年 月 日交付)		
本 人	フリガナ 氏 名	
	住 所	〒 _____
	T E L	— —
	施設名称	
保 護 者	フリガナ 氏 名	
	住 所	〒 _____
	T E L	— —
	続 柄	

(申請窓口受付印)	(管轄区受付印)	(相談所受付印)
-----------	----------	----------