

## 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 \_\_\_\_\_

次のとおり届出します。(該当する項目に☑をし、必要事項を記入してください)

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	

※ 療育手帳番号、本人及び保護者欄には手帳記載内容を記入してください。

総合出張所・管轄外区役所 ( 受 付 印 )	管 轄 区 役 所 ( 受 付 印 )	障がい者福祉相談所 ( 受 付 印 )
---------------------------	------------------------	------------------------