

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 checked="" 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 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 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) |
|---------------------------|------------------------|------------------------|