

年 月 日

岩手県知事 様

届出者氏名 (印)

電話番号 ()

療育手帳返還届

療育手帳を次の理由により返還します。

本人	ふりがな 氏名	個人番号	生年月日	年 月 日	性 別	男・女
	住 所	〒			電 話	
保護者	ふりがな 氏名	個人番号	生年月日	年 月 日	続 柄	
	住 所	〒			電 話	
手帳の番号、交付年月日		第 号 (年 月 日交付)				
判 定 の 記 録						
障 害 の 程 度	(総合判定)	合 併 障 害	(身体障害 種 級)	判 定 年 月 日		
				次 の 判 定 年 月		
				判 定 機 関		
返 還 す る 理 由						
①再交付 ②死亡 _____ 年 月 日 ③非該当 ④その他						

注 この届には不要となった療育手帳を添えて提出してください。

管轄市町村