

療育手帳返還届

____年 ____月 ____日

長崎県知事 様

下記の事由により療育手帳を返還いたします。

申請者 _____

1 療育手帳

手帳番号					
------	--	--	--	--	--

本人	フリガナ					男	生年月日		
	氏名	姓	名		・	年	月	日	歳
	個人番号								
交付年月日						障害程度			

2 返還申請の事由(該当番号を○で囲んでください。)

	事由
1	死亡
2	県外転出
3	再判定結果非該当
4	手帳を必要としなくなった
5	二重発行
6	その他

3 返還年月日

			年			月			日
--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

市支所受付印	台帳管理市町受付印	判定機関受付印