様式第６号（第６条関係）

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・女	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（該当番号を〇で囲んでください。）

	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