

# 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 \_\_\_\_\_ 印

## 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		昭和		年	月	日
	個人番号					平成			
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
--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

支所受付印	市町受付印	判定機関受付印