

(様式7)

## 療育手帳返還届

大分県知事 殿

年 月 日

届出者 住 所

氏 名



(返還者との続柄 )

下記の理由により、療育手帳を返還します。

返還者の氏名		生 年 月 日	年 月 日
個人番号	:	:	:
療育手帳番号	大分県 第 号	障がい 程 度	A <sub>1</sub> A <sub>2</sub> B <sub>1</sub> B <sub>2</sub> 非該当
返 還 理 由	1 再交付によるもの 2 転出によるもの (転出年月日: 年 月 日) (転出先住所: ) 3 死亡によるもの ( 年 月 日死 亡) 4 再判定の結果非該当となったもの 5 その他の理由によるもの (理由: )		
備 考			

注意事項：

1. 返還理由の該当する番号に丸印をしてください。
2. 届出者は本人又は保護者となりますが、本人死亡の場合もできるだけ保護者としてください。
3. 2の転出先住所は、都道府県及び市町村名を必ず記載してください。
4. 療育手帳を添えて提出してください。なお、療育手帳を紛失等している場合は、その理由等を備考欄に記載してください。