

(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 | | | | | |
| 手帳番号 | 大分県 | 第 | 号 | | |
| 返 還 理 由 | 1 再交付によるもの (紛失を除く) | | | | |
| | 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 (死亡年月日: 年 月 日) | | | | |
| | 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. 「返還理由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、療育手帳を添付できない場合は、その旨を備考欄に記載してください。

| ※ 市町村確認事項(市町村記入欄) | |
|-------------------|-------------------------------|
| 個人番号 | <input type="checkbox"/> 記載あり |
| 療育手帳の添付 | 有 ・ 無 |