

様式第5号

市町受理年月日

県受理年月日

療育手帳返還届

平成 年 月 日

広島県知事様

届出者	氏名	
	本人との関係 (続柄または所属)	
	電話番号(必須)	

次の理由により療育手帳を返還します。

手帳番号						
本人	フリガナ				生年月日	年 月 日
	氏名					
	住所	〒				
返還の理由	<input type="checkbox"/> 死亡 (年 月 日 死亡) <input type="checkbox"/> 必要がなくなった <input type="checkbox"/> その他 ()					
療育手帳の添付	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 理由 <input type="checkbox"/> 亡失 <input type="checkbox"/> その他 ()					

注意事項 1 該当項目□にチェックし、その他の場合は()内に具体的に記載してください。

2 手帳番号が不明の時は、手帳番号欄は記載不要です。