

様式第8号

療育手帳返還届

宮崎県知事 殿

年 月 日

届出者名

本人との関係 ()

次により、療育手帳を返還いたします。

1. 療育手帳所持者

フリガナ					
本人氏名	姓	名	生年月日	年 月 日	歳
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		電話 ()	-	
	(市・町・村)				
手帳番号	中央・延岡・都城 第 号				
交付年月日	年 月 日	障がい程度	A ・ B-1 ・ B-2		

2. 返還申請の事由 (該当箇所に✓を入れてください。)

- 死亡 (年 月 日)
- 県外転出
- 再判定の結果非該当
- 手帳を必要としなくなった
- その他 ()

市町村受付印	判定機関受付印