

療育手帳返還届

宮崎県知事 殿

年 月 日

届出者名(署名)

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				生年月日	年	月	日	歳
住所	〒 電話							
個人番号								
手帳番号	中央・都城・延岡・宮崎県 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 ( 年 月 日)
- 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