

療育手帳返還届

年 月 日

届出者コード

石川県知事 様

届出者 住所

氏名

電話番号

※日中連絡のとれる番号を記入してください。

療育手帳を下記の理由により返還します。

記

手帳番号	石川県 第 号		
手帳記載事項	本人氏名	_____	
	本人住所	_____	
	保護者氏名	_____	本人との 続き柄 <input type="text"/> 続き柄コード
	保護者住所	_____	
返還理由	1 死亡 年 月 日 2 その他 ()		

- 備考 1 交付済みの手帳を添えて届け出てください。
 2 届出者コード及び続き柄コードは、記入しないでください。
 3 届出者氏名は、本人又は保護者の氏名（施設に入所している場合で、本人又は保護者の依頼により施設長が申請するときは、施設名及び施設長の職・氏名）を記入してください。

受付印欄	町 受 付	福祉事務所受付	相談所受付	県 受 付