

年 月 日

岩手県知事 様

届出者氏名 (印)

電話番号 ( )

療育手帳返還届

療育手帳を次の理由により返還します。

本人	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
	住所	〒			電話	
保護者	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	続柄	
	住所	〒			電話	
手帳の番号、交付年月日		第		号 ( 年 月 日交付)		
判定の記録						
障害の程度	(総合判定)	合併障害	(身体障害種級)	判定年月日		
				次の判定年月		
				判定機関		
返還する理由						
①再交付 ②死亡 年 月 日 ③非該当 ④その他						

注 この届には不要となった療育手帳を添えて提出してください。

管轄市町村