様式第４号

年　　月　　日

　　　岩手県知事　　　　　様

届出者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　　　（　　　）

　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） |
|  |
| 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 |  |
|  |
| 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 |  |