

療育手帳返還届

子ども相談センター所長 様
 岐阜県知的障害者更生相談所長 様

令和 年 月 日

届出人氏名								本人との 関係					
								連絡先					
手帳番号	発行者		手帳番号					CD	/				
	2	1											
本人氏名								生年月日	年 月 日				
個人番号													
返還理由	<input type="checkbox"/> 交付の対象者に該当しなくなった <input checked="" type="checkbox"/> 死亡 (死亡年月日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> その他 (理由)												

※ 返還する手帳を添付すること。

