

療育手帳返還届

年 月 日

千葉県知事 様

〒 _____

届出者 住所 _____

氏名 _____

下記のとおり療育手帳を返還します。

記

(返還する療育手帳の内容)

本人氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)

手帳番号 第 _____ 号 交付年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

判定機関 _____ 児童相談所・ _____ 障害者相談センター

(手帳を返還する理由) 該当する項目の番号を○で囲んでください。

- 1 千葉県以外の手帳の交付を受けたため
- 2 本人が死亡 (令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日) したため
- 3 その他 (_____)

注意事項

- 1 届出者氏名は手帳の交付を受けている本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
- 2 _____ に必要事項を記入してください。

記入例

療育手帳返還届

千
 本人が18歳未満の場合、現在手帳に記載されている保護者が届出者となります。
 本人が18歳以上の場合、本人または現在手帳に記載されている保護者が届出者となります。

年 月 日
 死亡の場合は手帳に記載されている保護者が申請者となります。保護者が死亡または空欄の場合は、届け出を行う方が申請者となります。

〒 271 - 8588

届出者 住所 松戸市根本387-5

氏名 松戸 太郎

下記のとおり療育手帳を返還します。

手帳の内容をそのまま記入します。

記

(返還する療育手帳の内容)

本人氏名 松戸 花子 生年月日 昭和●●年 ●●月 ●●日生 (40歳)

手帳番号 第 12345 号 交付年月日 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日

判定機関 児童相談所・東葛飾 障害者相談センター

(手帳を返還する理由) 該当する項目の番号を○で囲んでください。

- 千葉県以外の手帳の交付を受けたため
- 本人が死亡 (令和 年 月 日) したため
- その他 (再判定の結果、非該当となったため。)

注意事項

- 届出者氏名は手帳の交付を受けている本人又は保護者の方の氏名を記入して
- 必要事項を記入してください。

該当項目に○をつけ、必要事項を記入します。