

様式（6）

療育手帳返還届

手帳交付番号	
--------	--

令和 年 月 日

北海道知事 様

届出者氏名
住所
(手帳交付対象者との続柄)
でんわばんごう
電話番号

次のとおり療育手帳を返還します。

手帳交付対象者氏名	
生 年 月 日	年 月 日
住 所	
理 由	1 交付要件に該当しなくなったため 2 再交付又は転入により新たな手帳の交付を受けたため 3 手帳の交付を受けた者が死亡したため 4 手帳を必要としなくなったため 5 その他 ()
事由発生年月日	年 月 日

注) 届出者氏名は、手帳を返還される本人又は保護者の方の氏名を記入してください。