

様式 (6)

療育手帳返還届

|                       |  |
|-----------------------|--|
| てちょうこうふばんごう<br>手帳交付番号 |  |
|-----------------------|--|

ねん がつ 日に  
年 月 日

ほっかいどうちじ  
北海道知事

さま  
様

てちょうしょじしやしめい  
手帳所持者氏名

せいねんがつび  
生年月日

ねん がつ にち  
年 月 日生

じゅうしょ  
住所

とどけでしやしめい  
届出者氏名

いん  
(印)

じゅうしょ  
住所

でんわばんごう  
電話番号

つぎ りゆう 理由により療育手帳を必要としなくなりましたので返還します。

りゆう  
理由

じゆうはっせいねんがつび  
事由発生年月日

(注) 記名押印に代えて署名することができます。