

療育手帳返還届

沖縄県知的障害者更生相談所長 殿

年 月 日

届出人

(本人との関係：)

沖縄県 第 号 年 月 日交付の療育手帳は
下記により返還します。

記

本人氏名	大・昭・平・令 年 月 日生		
住 所			
<p>返還理由</p> <p>ア 県外に転出した。</p> <p>イ 交付対象者に該当しなくなった。</p> <p>ウ 死亡した。</p> <p>エ 療育手帳を必要としなくなった。</p> <p>※この届出には療育手帳を添付してください。</p>			
経 由 機 関	市町村長 印		
	年 月 日受理	年 月 日進達	