別紙様式８

療育手帳返還届

年　　　月　　　日

　　　　　殿

（本人又は保護者氏名）

「療育手帳」を下記の理由により返還します。

（　　　　）福祉事務所

（　　　　）町・村役場　経由

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本 人 氏 名 | |  | 生 年 月 日 |  |
| 本 人 住 所 | |  | | |
| 療育手帳記号番号 | | 第　　　　　号 | 手帳交付年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 返　　還　　理　　由 |  | | | |

（日本産業規格A列４番）