

療育手帳返還届

年 月 日

愛媛県 児童相談所長 様
愛媛県知的障害者更生相談所長
福祉事務所長
経由
町長

住所
氏名
本人との続柄

次のとおり、療育手帳を返還します。

交付番号		
氏 名		
住 所		
生年月日		
返 還 の 理 由		
手帳添付	有・無	手帳添付なしの理由

注 記名押印に代えて署名することができます。