

療育手帳返還届

宮崎県知事 殿

年 月 日

届出者名（署名）

本人との関係（ ）

次により、療育手帳を返還いたします。

1. 療育手帳所持者

フリガナ				生年月日	年 月 日	
本人氏名	姓	名				歳
住 所	〒 [ ][ ] - [ ][ ] [ ][ ][ ][ ]			電話 ( )	—	
	(市・町・村)					
個人番号	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]
手帳番号	中央・都城・延岡・宮崎県			第	号	
交付年月日	年	月	日	障がい程度	A ・ B-1 ・ B-2	

2. 返還申請の事由（該当箇所に✓を入れてください。）

- 死亡（ 年 月 日）
- 県外転出（ 年 月 日）
- 再判定の結果非該当
- 手帳を必要としなくなった
- その他（ ）

市町村受付印	判定機関受付印