

療育手帳返還届

宮崎県知事 殿

申請日 令和 年 月 日

申請者名 \_\_\_\_\_

本人との関係  本人

次により、療育手帳を返還いたします。  保護者 ( )

1. 療育手帳所持者

|       |  |       |                             |  |
|-------|--|-------|-----------------------------|--|
| フリガナ  |  |       | 生年月日                        |  |
| 氏名    |  |       | <input type="checkbox"/> 昭和 | 年 月 日  |
|       |  |       | <input type="checkbox"/> 平成 |  |
|       |  |       | <input type="checkbox"/> 令和 |  |
| 郵便番号  | 〒  | —     | 電話番号                        | — —  |
| 住所    |  |       |                             |  |
| 個人番号  |  |       |                             |  |
| 手帳番号  | <input type="checkbox"/> 中央 <input type="checkbox"/> 都城 <input type="checkbox"/> 延岡 <input type="checkbox"/> 宮崎県 第 号 |       |                             |  |
| 交付年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和  | 年 月 日 | 障がい程度                       | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B-1 <input type="checkbox"/> B-2 |
|       | <input type="checkbox"/> 平成  |       |                             |  |
|       | <input type="checkbox"/> 令和  |       |                             |  |

2. 返還申請の事由 (該当箇所に✓を入れてください。)

- 死亡 ( 令和 年 月 日 )
- 県外転出 ( 令和 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 ( )

※ 管轄市町村以外で受理した場合は、管轄市町村へ送付した後、センターへ進達ください。

|        |          |          |         |
|--------|----------|----------|---------|
| 管轄市町村名 | 受理市町村受付印 | 管轄市町村受付印 | 判定機関受付印 |
|        |          |          |         |