

療育手帳返還届

年 月 日

(宛先)

秋田県子ども・女性・障害者相談センター所長

届出者 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____

次により療育手帳を返還します。

療育手帳番号	第 号
本人氏名	
住 所	〒
返 還 理 由	該当する番号を○（丸印）で囲んでください。 1 再判定で新たな手帳の交付を受けた。 2 再判定で非該当となった。 3 手帳の再交付を受けた。 4 死亡 年 月 日 5 転出 年 月 日 (転出先住所：) 6 その他 ()

	市福祉事務所・町村	子ども・女性・障害者 相談センター
収 受 印 欄		
進 達	年 月 日	