

(様式第 1 1 号)

療 育 手 帳 返 還 届

		令和	年	月	日
(届出者) 住 所					
氏 名					
本人との続柄 ()					
下記のとおり療育手帳を返還いたします。					
記					
岡山県知的障害者更生相談所長 殿					
本 人 住 所					
氏 名					
手帳番号		第		号	
交 付 日		年		月 日	
障害程度					
返還理由		交付対象に該当しなくなった 死亡 死亡年月日 (令和 年 月 日) その他療育手帳を必要としなくなった			
		第		号	
		令和		年 月 日	
上記のとおり療育手帳が返還されたので進達する。					
町 村 長 印					
福祉事務所長					
岡山県知的障害者相談所長 殿					

(添付書類) 療育手帳