

療育手帳返還届

年 月 日

福岡県障がい者更生相談所長 殿

届出者氏名 (続柄:)

(本人または保護者による記名の場合、押印不要)
(Tel:)

療育手帳を下記の理由により返還します。

1 返還する手帳

療育手帳番号	第 号(年 月 日交付)		
ふりがな 本人氏名	生年月日	年	月 日
住 所			

2 返還理由

① 県外・北九州市・福岡市からの転入による他自治体手帳の返還
(転入日 年 月 日)

② 県外・北九州市・福岡市へ転出したことによる福岡県手帳の返還
(転出日: 年 月 日)
(最終判定日: 年 月 日)
(障害の程度: A ・ B ※いずれかに○)

③ 本人の死亡
(死亡日: 年 月 日)
(最終判定日: 年 月 日)
(障害の程度: A ・ B ※いずれかに○)

④ 非該当となった (判定日: 年 月 日)

⑤ その他 (理由:)