

様式（６）

療育手帳返還届

手帳交付番号	
--------	--

年 月 日

北海道知事 様

届出者氏名
住所
(手帳 交付対象 者との続柄)

次のとおり療育手帳を返還します。

手帳 交付対象 者氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
住 所	
理 由	1 交付要件に該当しなくなったため 2 再交付又は転入により新たな手帳の交付を受けたため 3 手帳の交付を受けた者が死亡したため 4 手帳を必要としなくなったため 5 その他 ()
事由発生年月日	年 月 日

注) 届 出者氏名は、手帳 を返還される本人又は保護者の方の氏名を記入 してください。