

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。