

療育手帳返還届

年 月 日

(あて先) 秋田県福祉相談センター所長

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	秋 田 県 第 _____ 号
氏 名	
住 所	〒 _____
返 還 理 由	1 再判定で非該当 2 再判定で新たな手帳を受理 3 転 出 _____ 年 月 日 (転出先 _____) 4 死 亡 _____ 年 月 日 5 その他 (_____)

※ 記名押印に代えて署名することができます。

福 障 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。

秋田市福祉事務所長

(あて先) 秋田県福祉相談センター所長

(判定機関受付印)

(市町村受付印)