

様式第8号

療育手帳返還届

宮崎県知事 殿

年 月 日

届出者名 ㊟

本人との関係 ( )

次により、療育手帳を返還いたします。

1. 療育手帳所持者

フリガナ						
本人氏名	姓	名	生年月日	平成	年	月 日 歳
住所	〒			電話 ( )	—	
	宮崎県	(市・町・村)				
手帳番号	中央・延岡・都城 第 号					
交付年月日	平成	年	月 日	障がい程度	A	・ B-1 ・ B-2

2. 返還申請の事由 (該当箇所に✓を入れてください。)

- 死亡 (令和 年 月 日)
- 県外転出
- 再判定の結果非該当
- 手帳を必要としなくなった
- その他 ( )

市町村受付印	判定機関受付印