

様式8

療育手帳返還届書

西部福祉事務所長 様

療育手帳を、下記により返還します。

年 月 日

本人又は保護者  
氏 名

印

記

療育手帳番号		交付年月日	年 月 日
本人氏名 <small>ふりがな</small>			

返 還 理 由	
------------------	--

注意事項

- 1 記名押印に代えて署名することができます。
- 2 本人氏名にはかならずふりがなを付してください。