

(様式9)

療育手帳返還届

大分県知事 殿

年 月 日

届出者 住所

氏名

(返還者との続柄)

下記の理由により、療育手帳を返還します。

返還者の氏名		生年月日	年	月	日
個人番号					
手帳番号	大分県	第		号	
返 還 理 由	1	再交付によるもの (紛失を除く。)			
	2	転出によるもの	(転出年月日: 年 月 日)		
			(転出先住所:)		
	3	死亡によるもの	(死亡年月日: 年 月 日)		
	4	再判定の結果非該当となったもの			
	5	その他の理由によるもの			
		(理由:)			
※備考					

【注意事項】

1. 返還理由の該当する番号に丸印をしてください。
2. 届出者は、本人又は保護者となりますが、本人死亡の場合もできるだけ保護者としてください。
3. 「返還理由2」の転出先住所は、都道府県及び市町村名を必ず記載してください。
4. 療育手帳を添えて提出してください。なお、療育手帳を添付できない場合は、その旨を備考欄に記載してください。

※ 市町村確認事項(市町村記入欄)	
個人番号	<input type="checkbox"/> 記載あり
療育手帳の添付	有 ・ 無