（様式第１１号）

療　育　手　帳　返　還　届

|  |
| --- |
| 令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　（届出者）住　所  　　　　　　　　　　　　 氏　名  本人との続柄（ ）  下記のとおり療育手帳を返還いたします。  記  岡山県知的障害者更生相談所長 殿  本　　人 住　所  　 氏　名  手帳番号 第　　　　　　　号  交 付 日 年　　　月　　　日  障害程度  返還理由　　　交付対象に該当しなくなった（　　　　　　　　　　　　　　　）  死亡　　死亡年月日（令和　　 年 　　月 　　日）  その他療育手帳を必要としなくなった ( 　 ) |
| 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。  　　　　 町　 村 長  　　　 福祉事務所長  岡山県知的障害者更生相談所長　殿 |

　（添付書類） 療育手帳