

療 育 手 帳 返 還 届

福祉事務所長 殿

年 月 日

届出人 印

沖縄県 第 号 年 月 日交付の療育手帳は  
下記により返還します。

記

本人氏名	明・大・昭・平 年 月 日生	
住 所		
<p>返還理由</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 県外に転出した。</li> <li>イ 交付対象者に該当しなくなった。</li> <li>ウ 死亡した。</li> <li>エ 療育手帳を必要としなくなった。</li> </ul> <p>※この届出には療育手帳を添付してください。</p>		
経 由 機 関	市町村長 印	
	年 月 日受理	年 月 日進達