

(第5号様式)

療育手帳返還届

届出者 住所

氏名

印

下記の者
いたします。

のため療育手帳を返還

記

住 所

氏 名

療育手帳番号 第 号

同交付年月日 年 月 日

障害の程度

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します。

福祉事務所長
支 庁 長

印

鹿児島県知事 殿