

療育手帳返還届

沖縄県知的障害者相談所長 殿

年 月 日

届出人

(本人との関係： )

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	大・昭・平・令 年 月 日生	
住 所		
返還理由 ア 県外に転出した。 イ 交付対象者に該当しなくなった。 ウ 死亡した。 エ 療育手帳を必要としなくなった。  ※この届出には療育手帳を添付してください。		
経 由 機 関	市町村長 印	
	年 月 日受理	年 月 日進達