様式第６号

| 市町受理年月日 | 県受理年月日 |
|---|---|
| | |

# 療　育　手　帳　返　還　届

年　　月　　日

広 島 県 知 事 様

| | | |
|---|---|---|
| 届出者 | 氏名 | |
| | 本人との関係<br>（続柄または所属） | |
| | 電話番号（必須） | |

次の理由により療育手帳を返還します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 手帳番号 | | | | |
| 本人 | フリガナ | | 生年月日 | 年　月　日 |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒 | | |
| 返還の理由 | □　死亡（　　年　　月　　日　死亡）<br>□　必要がなくなった<br>□　その他（　　） | | | |
| 療育手帳の添付 | □あり<br>□なし　　理由　　□亡失　□その他（　　） | | | |

注意事項　１　該当項目□にチェックし、その他の場合は（　　）内に具体的に記載してください。

２　手帳番号が不明の時は、手帳番号欄は記載不要です。