（様式第７号）

療育手帳返還届

令和　　年　　月　　日

島 根 県 知 事　殿

（届出者）
住所　〒

氏名
本人との続柄
電話番号

下記の理由により、療育手帳を返還します。

記

手帳所持者	フリガナ						生年月日	年　月　日					
	氏　名												
	住　所	〒　□届出者に同じ											
	個人番号												
返還理由		１．非該当になったため ２．手帳所持者が死亡したため ３．所管地域をまたぐ居住地の変更のため ４．その他（　　）											
返還事由発生日		年　月　日											

返還する手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日		障害の程度 （総合判定）	