

療 育 手 帳 返 還 届

年 月 日

愛媛県福祉総合支援センター所長
愛媛県 子ども・女性支援センター所長
[福祉事務所長] 様
[町長] 経由

届出者 氏名
(本人との続柄：)

次のとおり、療育手帳を返還します。

手 帳 番 号		愛 媛 ・ 知 更 相 中 児 相 ・ 福 支 東 児 相 ・ 東 支 南 児 相 ・ 南 支 愛 媛 県					第 号		交 付 年 月 日		年 月 日		
知的障がい者本人	氏 名												
	住 所												
	個人番号												
返還の理由													
手 帳 添 付		有・無	手帳添付が「無」の場合その理由										

市町記載内容確認欄