

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 第 号 南児相・南支 愛媛県	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