別記第７号様式

**療育手帳返還届**

　熊本県知事　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　届出日　 　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　届出者氏名

　　次のとおり届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事由 | 返 還 | ４１ 非該当　 ４２ 死亡（　　　年　　月　　日）　 ４３ 職権４４ その他（理由： 　　　　　　） ４５ 県外転出 |
| 事由発生日 | 　　　年　　　月　　　日 |

|  |
| --- |
| 　療育手帳番号　　熊本県　　　　　　号　（　　　年　　月　　日交付） |
|   本  人  | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| Ｔ Ｅ Ｌ |  － － |
| 施設名称 |  |
| 保護者 | フリガナ |  |
| 氏 名 |  |
| 住 所 | 〒 |
| Ｔ Ｅ Ｌ |  － － |
| 続 柄 |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （町村・福祉事務所受付印） | （相　談　所　受　付　印） |       |