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	〒
	ＴＥＬ	－　　－
	施設名称	
保護者	フリガナ	
	氏　　名	
	住　　所	〒
	ＴＥＬ	－　　－
	続　　柄	

（町村・福祉事務所受付印）　（相　談　所　受　付　印）