

(様式第5号)

## 療育手帳返還届

島根県知事様

平成 年 月 日

届出人 ①

(本人との続柄 )

下記のとおり、療育手帳を返還します。

### 記

療育手帳番号		第 号	交付年月日	年 月 日
本人	氏 名			
	住 所			
保護者	氏 名			
	住 所			
返 還 理 由				
返還理由発生年月日		年 月 日		

届出人氏名を自署する場合は押印を省略することができます。