（様式第１１号）

 療　育　手　帳　返　還　届

|  |
| --- |
|  　　　　　　　　　　　　　 　　　 令和　　年　　月　　日 　　　　　　　　（届出者）住　所 　　　　　　　　　　　　 氏　名  本人との続柄（ ）下記のとおり療育手帳を返還いたします。記 岡山県知的障害者更生相談所長 殿 本　　人 住　所 　 氏　名 手帳番号 第　　　　　　　号 交 付 日 年　　　月　　　日 障害程度 返還理由　　　交付対象に該当しなくなった（　　　　　　　　　　　　　　　） 死亡　　死亡年月日（令和　　 年 　　月 　　日） その他療育手帳を必要としなくなった ( 　 ) |
| 第　 　　　　　　　号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日 上記のとおり療育手帳が返還されたので進達する。 　　　　 町　 村 長  　　　 福祉事務所長 岡山県知的障害者更生相談所長　殿 |

　（添付書類） 療育手帳