様式８

|  |
| --- |
| 療育手帳返還届書西部福祉事務所長　様　療育手帳を、下記により返還します。　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人又は保護者　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名記 |
| 療育手帳番号 |  | 交付年月日 | 　年　　月　　日 |
| 本 人  |  |
| 返還理由 |  |
| 注意事項　１　記名押印に代えて署名することができます。　２　本人氏名にはかならずふりがなを付してください。 |