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。 | | | | |