

経由機関受付印	
市町村	判定機関

療育手帳返還届

年 月 日

群馬県知事 様
 (心身障害者福祉センター)
 (市町村、判定機関経由)

申請者
 (本人又は保護者)

下記のとおり療育手帳を返還します。

記

本人	ふりがな		個人 番号	
	氏名			
	住所	施設の場合：施設名 (電話 — —)		
保護者	ふりがな			
	氏名			
	住所	(電話 — —)		
手帳番号				
交付年月日		年 月 日		
返還の理由				
事由発生年月日		年 月 日		

注：本人及び保護者の氏名には必ずふりがなを記入してください。