

療育手帳返還届

令和 年 月 日

三重県知事 あて

本人または保護者
氏 名

本人との続柄 ()

電話番号

三重県療育手帳の交付を受けましたが、下記の理由により手帳を返還します。

記

| | | | | | | | |
|---------|---|--|------|-----|---|---|---|
| 手帳所持者 | フリガナ氏名 | | 生年月日 | 昭平令 | 年 | 月 | 日 |
| | 住所 | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | |
| 返還理由 | 1 非該当になったため 2 手帳所持者が死亡したため 3 県外へ転出したため 4 その他 () | | | | | | |
| 返還事由発生日 | 令和 年 月 日 | | | | | | |

返還する手帳の記載内容

| | | | | | |
|------|--|-------|--|--------|--|
| 手帳番号 | | 交付年月日 | | 障がいの程度 | |
|------|--|-------|--|--------|--|

注) 返還理由が「2 手帳所持者が死亡したため」のとき、個人番号の記載は不要です。

◎個人番号チェック欄

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 番号確認 (番号が正しいか) | <input type="checkbox"/> 本人確認 (番号の正しい持ち主か) |
|--|---|

◎県受付欄

| |
|--|
| |
|--|

◎市町受付欄

| |
|--|
| |
|--|