別記第７号様式

療育手帳返還届

熊本県知事　　様

届出日　　年　　月　　日
届出者氏名　　印
（自筆又は記名押印）

次のとおり届出します。

事由	返　　還	４１ 非該当　４２ 死亡（　　年　　月　　日）　４３ 職権 ４４ その他（理由：　　）　４５ 県外転出
	事由発生日	年　　月　　日

療育手帳番号		熊本県　　号（　　年　　月　　日交付）
本人	フリガナ	
	氏　　名	
	住　　所	〒
	ＴＥＬ	－　　－
	施設名称	
保護者	フリガナ	
	氏　　名	
	住　　所	〒
	ＴＥＬ	－　　－
	続　　柄	

（町村・福祉事務所受付印）　（相　談　所　受　付　印）