

療育手帳返還届出書

年 月 日

堺市長 殿

郵便番号

住 所

申 請 者 氏 名

本人との続柄

堺市療育手帳に関する要綱第13条第1項の規定により、療育手帳を返還します。

療育手帳番号	第 号
--------	-----

本人氏名	
生年月日	

返還理由	<input type="checkbox"/> 当該知的障害者が死亡したため <input type="checkbox"/> 当該知的障害者が堺市外へ転出したため <input type="checkbox"/> 手帳の再発行を受けた後、亡失した手帳を発見したため <input type="checkbox"/> その他（ ）
------	---

注意 申請者氏名は、手帳の交付を受けた本人又はその保護者（知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）第15条の2第1項に規定する保護者をいう。）の氏名を記入してください。