（様式７）

療 育 手 帳 返 還 届

大分県知事 殿

年　　月　　日

届出者　住　所

氏　名　　印

（返還者との続柄　　）

下記の理由により、療育手帳を返還します。

返還者の氏名		生　年 月　日	年　月　日
個人番号			
療育手帳番号	大分県　第　　号	障がい 程　度	Ａ１　Ａ２ Ｂ１　Ｂ２　非該当
返還理由	１　再交付によるもの ２　転出によるもの（転出年月日：　　年　月　日） （転出先住所：　　） ３　死亡によるもの　（　　年　月　日死　亡） ４　再判定の結果非該当となったもの ５　その他の理由によるもの （理由：　　）		
備考			

注意事項：

１．返還理由の該当する番号に丸印をしてください。
２．届出者は本人又は保護者となりますが、本人死亡の場合もできるだけ保護者としてください。
３．２の転出先住所は、都道府県及び市町村名を必ず記載してください。
４．療育手帳を添えて提出してください。なお、療育手帳を紛失等している場合は、その理由等を備考欄に記載してください。