様式第６号

市町受理年月日	県受理年月日

療　育　手　帳　返　還　届

年　　月　　日

広 島 県 知 事 様

届出者	氏名	
	本人との関係 （続柄または所属）	
	電話番号（必須）	

次の理由により療育手帳を返還します。

手帳番号				
本人	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏名			
	住所	〒		
返還の理由	□　死亡（　　年　　月　　日　死亡） □　必要がなくなった □　その他（　　）			
療育手帳の添付	□あり □なし　　理由　　□亡失　□その他（　　）			

注意事項　１　該当項目□にチェックし，その他の場合は（　　）内に具体的に記載してください。

２　手帳番号が不明の時は，手帳番号欄は記載不要です。