

変更  
療育手帳 返還 届

福井県総合福祉相談所長 様

福井県嶺南振興局敦賀児童相談所長 様

令和・西暦 年 月 日

申請者 (印)

(18歳未満は保護者名、18歳以上は本人名)

療育手帳について、下記のとおり変更(返還)します。

記

手帳番号		福井県第 号	手帳交付年月日	S・H・R 年 月 日	
変更内容	新事項	ふ り が な 本 人 氏 名			
		本 人 住 所	〒 -		
		ふ り が な 保 護 者 氏 名			続柄
		保 護 者 住 所	〒 -		
	旧事項	本 人 氏 名			
		本 人 住 所	〒 -		
		保 護 者 氏 名			
		保 護 者 住 所	〒 -		
変 更 年 月 日		S・H・R・西暦 年 月 日			

※変更の無い項目についても全て記入ください。

返還事由	1 本人死亡	死亡年月日	年	月	日
	2 本人県外転出 ( )	転出年月日	年	月	日
	3 その他 ( )				

以下は市町担当者が記載

※記名押印に代えて署名することができます。

添付書類 :  療育手帳(返還のみ)  療育手帳無し(理由: )  
 その他 ( )  
 援護実施機関の変更 : 無 ・ 有 (新援護実施機関: )