

(様式第5号)

市町受付印

療育手帳 変更届
返 還

福井県総合福祉相談所長 様
福井県児童・女性相談所長 様
福井県嶺南振興局敦賀児童相談所長 様

年 月 日

申請者

(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	年 月 日
変 更 内 容	新 事 項	ふ り が な 本 人 氏 名		
		本 人 住 所	〒 ー	
		ふ り が な 保 護 者 氏 名	続 柄	
		保 護 者 住 所	〒 ー	
	旧 事 項	本 人 氏 名		
		本 人 住 所	〒 ー	
		保 護 者 氏 名		
		保 護 者 住 所	〒 ー	
	変 更 年 月 日		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

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:	)