

様式第9号

療育手帳返還届

宮崎県知事 殿

申請日 令和 年 月 日

申請者名 _____

本人との関係 本人 保護者 ()

次により、療育手帳を返還いたします。

1. 療育手帳所持者

フリガナ			生年月日		
氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		
郵便番号	〒	—	電話番号	—	—
住所					
個人番号					
手帳番号	<input type="checkbox"/> 中央 <input type="checkbox"/> 都城 <input type="checkbox"/> 延岡 <input type="checkbox"/> 宮崎県 第 号				
交付年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	障がい程度	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B-1	<input type="checkbox"/> B-2

2. 返還申請の事由（該当箇所に✓を入れてください。）

- 死亡 (令和 年 月 日)
 県外転出 (令和 年 月 日)
 再判定の結果非該当
 手帳を必要としなくなった
 その他 ()

※ 管轄市町村以外で受理した場合は、管轄市町村へ送付した後、センターへ進達ください。

管轄市町村名	受理市町村受付印	管轄市町村受付印	判定機関受付印
東諸県郡綾町			