

返還届記載例
(死亡の場合)

写真貼付
交付・再交付のみ
(4cm×3cm)

療育手帳 [交 付 ・ 再 交 付] 申請書

療育手帳 [記載事項変更 ・ **返 還**] 届

令和〇年 〇月 〇日

宮 城 県 知 事 殿

申請 (届出) 者 多賀城 太郎 (印)

(記名押印又は署名)

- 1 療育手帳の交付を受けたいので、次により申請します。
- 2 療育手帳の再交付を受けたいので、次により申請します。
- 3 下記のとおり変更がありました。項目 () **4** 次により療育手帳を返還します。

※申請 (届出) 者は、上記番号のいずれかを○で囲んだ後、太枠のみ記入してください。

手帳番号 1 2 3 4 5	交付年月日 年 月 日	管轄市町村	理由について○で囲んでください。(記載事項変更時は不要)			
			返 還	再交付	交 付	その他
↑ 交付申請の場合は空欄 (右詰で記入してください。)		【確認欄】 受付者氏名	転居 死亡 自主的に返還 再判定で非該当	紛失 破損 記載欄余白なし 写真変更	新規 転入	
【本人】		TEL ()				

氏 名	フリガナ <u>カガジヨウ アヤメ</u> <u>多賀城 あやめ</u>	平成〇年 〇月 〇日生
個人番号		

※死亡による返還の場合のみ、個人番号の記入は不要です。

郵便番号	<u>〒985-8531</u> ※必ず記入してください。	電話番号	<u>●●● (〇〇〇) △△△△</u>
現住所	<u>多賀城市中央二丁目1-1</u>		

【保護者】

氏 名	フリガナ <u>カガジヨウ タロウ</u> <u>多賀城 太郎</u>	本人との関係	<u>父</u>
-----	--	--------	----------

※現住所については、本人と異なる場合のみ記入してください。

郵便番号	〒 - ※必ず記入してください。	電話番号	()
現住所			

障害の程度	合併障害	判定年月日	次回判定要否	次の判定年月日	施行年月日
		年 月 日	要・不要	年 月	年 月 日

(参考事項)

1 現在までに児童相談所又はリハビリテーション支援センターで診断・判定を受けましたか。
はい(年 月頃) いいえ

2 施設等に入所していますか。
はい いいえ
はいの場合(施設等の名称)

3 特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。
はい(1級・2級) いいえ

(判定機関名)

第 年 月 日

上記のとおり療育手帳について申請 (届出) があったので、 します。

宮 城 県 知 事 殿

印

※必ず裏面の「個人番号確認シート」を市町村担当者が記入の上、進達してください。

