

療 育 手 帳 返 還 届

年 月 日

西三河福祉相談センター長 様

(本人又は保護者氏名)

「療育手帳」を下記の理由により返還します。

() 福祉事務所
(幸田) 町・村役場 経由

本 人 氏 名		生 年 月 日	
本 人 住 所	額田郡幸田町大字		
療育手帳記号番号	第 号	手帳交付年月日	年 月 日
返 還 理 由			

(備考) 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする事。

(日本工業規格 A 列 4 番)