

経由機関受付印	
市町村	判定機関

療育手帳返還届

年 月 日

群馬県知事
 (心身障害者福祉センター)
 (市町村、判定機関経由)

あて

申請者
 (本人又は保護者)

下記のとおり療育手帳を返還します。

記

本 人	ふりがな	
	氏名	
保 護 者	住所	施設の場合：施設名 (電話 — —)
	ふりがな	
保 護 者	氏名	
	住所	(電話 — —)
手帳番号	第	号
交付年月日	年	月 日交付
返還の理由		
事由発生年月日	年	月 日

注：本人及び保護者の氏名には必ずふりがなを記入してください。