

第6号様式（第11条関係）

経由機関名	市 町	進 達	年 第	月	日 号
療育手帳返還届					
年 月 日					
山口県知事 様					
申請者 印					
（続柄 ）					
（電話番号 ）					
療育手帳の返還について、下記の理由により届けます。					
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="font-size: 4em; margin-right: 10px;">（</div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <div><input type="checkbox"/> 死亡した（ 年 月 日 死亡）</div> <div><input type="checkbox"/> 紛失していた療育手帳を発見した</div> <div><input type="checkbox"/> 障害程度が該当しなくなった</div> <div><input type="checkbox"/> 新たな手帳の交付を受けた</div> <div><input type="checkbox"/> その他（ ）</div> </div> <div style="font-size: 4em; margin-left: 10px;">）</div> </div>					
ふりがな			生年月日	大正・昭和・平成	
氏 名			年 月 日	年 月 日	
住 所					

<申請される方への注意事項>

- 1 申請者氏名は、手帳の交付を受けた本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
- 2 記名押印に代えて署名することができます。
- 3 太枠内のみボールペンで記入してください。
- 4 紛失の場合をのぞき、療育手帳を一緒に添付してください。

市 町 確 認 事 項(市町記入欄)	
療育手帳提出の有無	有 ・ 無
療育手帳番号	山口県第 号
療育手帳交付年月日	年 月 日