

様式第5

療育手帳返還届

年 月 日

届出者名

下記理由により療育手帳を返還します。

記

返還者住所

氏名

療育手帳番号 宮崎県 第 号

同上交付年月日 年 月 日

障害の程度 (A ・ B - 1 ・ B - 2)

返還理由

第 年 月 日 号

宮崎県知事殿

高原町長

印

上記のとおり療育手帳が返還されたので送付します。