|  |  |
| --- | --- |
| 市福祉事務所・町受付 | 県受付 |
|  |  |

第６号様式（第８条関係）

療育手帳返還届

　　年　　月　　日

香川県知事　　殿

申出者　住所

　　　　氏名

　　　　本人との関係（　　　　　　　　　　）

　　次の理由により療育手帳を返還します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本　　　人 | 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 保　護　者 | 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 療育手帳番号 | 香川県　第　　　　　　　　号 |
| 返還の理由 | □死　亡　（　　　　　年　　　月　　　日）□辞　退　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※障害福祉相談所確認欄 | Ｃ） | Ｕ） | Ｆ） | Ｓ） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職権 | 窓口に来た人 | □障がい福祉課窓口　　□（　　　　　　）総合センター・支所　　□郵送 |
| □対象者本人 | □個人番号カード | □通知カード／住民票　□身分証明書（写真付）／公的証明書２点 |
| □ | □代理人（保護者含む） | □対象者本人の個人番号カード／通知カード／住民票（写しで可）□委任状／戸籍謄本／登記事項証明書／その他　□代理人の身分証明書（写真付）／公的証明書２点 |