

第6号様式（第8条関係）

市福祉事務所・ 町 受 付	県 受 付

療 育 手 帳 返 還 届

令和4年〇月〇日

香 川 県 知 事 殿

申出者 住所 **高松市〇〇町〇丁目〇番地**

氏名 **高松 太郎**

本人との関係（ **父** ）

次の理由により療育手帳を返還します。

本 人	氏 名	高松 小太郎
	住 所	高松市〇〇町〇丁目〇番地
保 護 者	氏 名	高松 太郎
	住 所	高松市〇〇町〇丁目〇番地
療 育 手 帳 番 号		香川県 第 123 号
返 還 の 理 由		<input checked="" type="checkbox"/> 死亡（ 令和4 年 〇 月 〇 日） <input type="checkbox"/> 辞退 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 障がい福祉課窓口 <input type="checkbox"/> （ ）総合センター・支所 <input type="checkbox"/> 郵送
	<input type="checkbox"/> 対象者本人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード/住民票 <input type="checkbox"/> 身分証明書（写真付）/公的証明書2点
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 代理人 （保護者含む）	<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 委任状/戸籍謄本/登記事項証明書/その他 <input type="checkbox"/> 代理人の身分証明書（写真付）/公的証明書2点