

別紙様式 8

療 育 手 帳 返 還 届

年 月 日

愛知県知事 殿

(本人又は保護者氏名)

「療育手帳」を下記の理由により返還します。

北名古屋市福祉事務所経由

本 人 氏 名		生 年 月 日	
本 人 住 所			
療育手帳記号番号	第 号	手帳交付年月日	年 月 日
返 還 理 由			