

療育手帳返還届

年 月 日

福岡県障がい者更生相談所長 殿

届出者氏名 (続柄： )  
(記名押印又は署名)

(Tel： )

療育手帳を下記の理由により返還します。

1 返還する手帳

療育手帳番号	第 号( 年 月 日交付)		
ふりがな 本人氏名	生年月日	年	月 日
住 所			

2 返還理由

① 県外・北九州市・福岡市からの転入による他自治体手帳の返還  
(転入日 年 月 日)

② 県外・北九州市・福岡市へ転出したことによる福岡県手帳の返還  
(転出日： 年 月 日)  
(最終判定日： 年 月 日)  
(障害の程度： A ・ B ※いずれかに○)

③ 本人の死亡  
(死亡日： 年 月 日)  
(最終判定日： 年 月 日)  
(障害の程度： A ・ B ※いずれかに○)

④ 非該当となった (判定日： 年 月 日)

⑤ その他 (理由： )