

(様式第5号)

市町受付印

療育手帳 変更届  
返還

福井県総合福祉相談所長 様  
福井県児童・女性相談所長 様  
福井県南振興局教育児童相談所長 様

年 月 日

申請者

(18歳未満は保護者名、18歳以上は本人名)

療育手帳について、下記のとおり変更(返還)します。

記

手帳番号		福井県第 号	手帳交付年月日	年 月 日
変更内容	新事項	ふ り が な 本人氏名		
		本人住所	〒 -	
		ふ り が な 保護者氏名		
		保護者住所	〒 -	
	旧事項	本人氏名		
		本人住所	〒 -	
		保護者氏名		
		保護者住所	〒 -	
変更年月日			年 月 日	

※変更の無い項目についても全て記入ください。

返還事由	1 本人死亡	死亡年月日	年 月 日
	2 本人県外転出 ( )	転出年月日	年 月 日
	3 その他 ( )		

以下は市町担当者が記載

添付書類	: <input type="checkbox"/> 療育手帳(返還のみ)	<input type="checkbox"/> 療育手帳無し(理由:	)
	<input type="checkbox"/> その他(		)
援護実施機関の変更	: 無 ・ 有	(新援護実施機関:	)