

療育手帳返還届

令和 年 月 日

茨城県知事 殿

届出者

4	1
返還理由	5 1 死亡      5 2 程度軽減      5 4 その他 ( )

手帳番号	0	8	第 号	交付年月日	年	月	日	障害の程度	
本人	フリガナ								
	氏名								
	住所		茨城県 市 郡						
	生年月日		3 昭和    4 平成    5 令和				性別	男 女	

返還発生年月日	年 月 日	返還市町村 受付年月日	年 月 日
---------	-------	----------------	-------

市町村受付	県受付
. .	. .