様式第７号

療育手帳返還届

年　　月　　日

（あて先）千葉市長

〒

申請者住所

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（※）

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

電話番号

連絡先電子メールアドレス　　　　　　＠

（本人との続柄　　　　　　　　　　　　　　）

下記の者の療育手帳を以下の理由で返還いたします。（□にチェック）

□　１．再判定の結果、非該当になったため
□　２．手帳の交付を受けた者が死亡したため
□　３．市外へ住所異動したため
□　４．手帳を必要としなくなったため

本人	氏名	フリガナ □　申請者と同じ（**記入不要**）	生年月日	年　　月　　日
	住所	□　申請者と同じ（**記入不要**） 〒 千葉市　　　　区	連絡先TEL	（携帯電話など平日、日中の連絡先） －　　　－

	番　　号	県・市　　第　　　　　号
	交付年月日	年　　　月　　　日
	障害程度	