

(様式第5号)

市町受付印

療育手帳 変更届
返 還

福井県障がい福祉・精神保健相談所長 様

福井県児童・女性相談所長 様

福井県嶺南振興局敦賀児童相談所長 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			続柄
		保 護 者 電 話 番 号			
		保 護 者 住 所	〒 —		
	旧事項	本 人 氏 名			
		本 人 住 所	〒 —		
		保 護 者 氏 名			
		保 護 者 電 話 番 号			
		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	: ☐ 療育手帳(返還のみ)	☐ 療育手帳無し(理由:	)
	☐ その他 (	)	
援護実施機関の変更	: 無 ・ 有	(新援護実施機関:	)