

様式 (6)

療育手帳返還届

手帳交付番号

年 月 日

北海道知事

様

手帳所持者氏名

(印)

生年月日

年 月 日生

住所

届出者氏名

住所

次の理由により療育手帳を必要としなくなりましたので返還します。

理由

(注) 記名押印に代えて署名することができます。