

②

療育手帳返還届

（太枠の中にていねいに記入してください。）

年 月 日

京都府知事様

住所
返還者
氏名

下記の者が交付を受けた療育手帳を返還します。

記

本人	住所									
	氏名									
手帳番号	京都府第	号	交年	付月	日	昭和 平成 令和	年	月	日	交付
1. 死 亡（ 年 月 日） 2. 障害程度非該当 3. 辞 退 4. その他（ ）										

注 返還者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。

第 号
年 月 日

京都府知事様

市福祉事務所長
広域振興局長

上記のとおり、療育手帳が返還されたので進達します。

京都府処理欄			市・町・村	受付	年 月 日	京 都 府	受付 印
処理種別 コード	廃 止 コ ー ド	入 力			年 月 日		
3 廃 止				発 送			