

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返還します。

理由

事由発生年月日

(注) 記名押印に代えて署名することができます。