

(第5号様式)

療育手帳返還届

鹿児島県知事 殿

年 月 日

届出者 住所

氏名

下記の者
いたします。

のため療育手帳を返還

記

住 所

氏 名

療育手帳番号 第 号

同上交付年月日 年 月 日

障 害 の 程 度