

第 7 号様式（第 1 1 条関係）

経由機関名	市 町	進 達	年 第	月	日 号
療 育 手 帳 返 還 届					
年 月 日					
山口県知事 様					
申請者					
(続柄)					
(電話番号)					
療育手帳の返還について、下記の理由により届けます。					
☐ 死亡した (年 月 日 死亡) ☐ 紛失していた療育手帳を発見した ☐ 障害程度が該当しなくなった ☐ 新たな手帳の交付を受けた ☐ その他 ()					
ふりがな			大正・昭和・平成・令和		
氏 名			生 年 月 日	年 月 日	
個 人 番 号					
住 所					

＜申請される方への注意事項＞

- 1 申請者氏名は、手帳の交付を受けた本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
- 2 太枠内のみボールペンで記入してください。
- 3 紛失の場合をのぞき、療育手帳を一緒に添付してください。

市 町 確 認 事 項(市町記入欄)	
療育手帳提出の有無	有 ・ 無
療 育 手 帳 番 号	山口県 第 号
療育手帳交付年月日	年 月 日