

様式第6号 (第9条関係)

療育手帳資格喪失届

令和 年 月 日

(あて先) 浜松市長

届出者

(署名又は記名押印をしてください)

次のとおり届け出ます。

| | |
|------|--|
| 交付番号 | 第 号 |
| 本人氏名 | |
| 喪失事由 | 1 本人が死亡した。(死亡日 令和 年 月 日) 2 再判定で非該当とされた。 3 その他 (具体的な理由を記載してください。) |

手帳: 届け出日に返却 → 再交付用の写真: 預かりなし 返却済み
返却手帳の写真: 返却希望なし、破棄済み 返却済み

紛失

後日、返却希望 … 理由 ()

↓
… 返却予定 郵送 ・ 窓口 : 返却先 (児相・更相・区役所)

手帳返却 (返却先: 児相・更相・区役所 令和 年 月 日)