

様式第 11 号

療 育 手 帳 返 還 届

令和 年 月 日

茨城県知事 殿

届出者

4	1
返還理由	5 1 死亡 5 2 程度軽減 5 4 その他 ()

手帳番号	0	8	第	号	交付年月日	年	月	日	障害の程度	
本 人	フリガナ									
	氏 名									
	住 所		茨城県 市 郡							
生年月日		3 昭和 4 平成 5 令和 年 月 日					性別	男 女		

返還発生 年月日	年 月 日	返還市町村 受付年月日	年 月 日
-------------	-----------------	----------------	-----------------

市町村受付	県受付