

市町名表記の收受印欄
(居住地特例適用の場合は、
更生援護実施市町が押印)

様式第 5 号

療育手帳変更（返還）届

兵 庫 県 知 事 様

(申請者)

住所 〒

氏名

本人との続柄 電話番号

☐ 療育手帳の記載事項に関し、下記のとおり変更しました。

☐ 療育手帳を下記により返還します。＊下記の新事項欄、(返還)年月日、返還理由を記入ください。

療育手帳番号		兵 庫 県 第 号 (年 月 日交付)	
変更事項		☐ 本人氏名 ☐ 本人住所 ☐ 保護者変更 ☐ 保護者氏名 ☐ 保護者住所 ☐ 单身へ変更	
変更内容		新事項	旧事項
本人	フリガナ 氏 名		
	住 所	〒 ー ☐ 申請者に同じ	〒 ー ☐ 申請者に同じ
保護者	フリガナ 氏 名	(続柄)	(続柄)
	住 所	〒 ー ☐ 申請者に同じ	〒 ー ☐ 申請者に同じ
変更(返還)年月日		年 月 日	
返還理由		☐ 死亡 ☐ 転出 ☐ その他 ()	

注 1 申請者氏名欄には、手帳の交付を受けている本人又は保護者の氏名を記入してください。

注 2 申請の内容に応じて、いずれかの□にチェックマークを記入して下さい。

注 3 変更の場合、新事項についてはすべての項目に記入し、旧事項については変更のあった項目のみ記入して下さい。

注 4 返還の場合、新事項欄の本人氏名等、(返還)年月日、返還理由に記入ください。