（様式第12号）

療 育 手 帳 交 付 ・ 再 交 付 申 請 取 下 書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |

福祉事務所長　町村長　経由

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | 　　　　　　 | [ ] 本人　[ ] 保護者 |

児童相談所長　知的障害者更生相談所長　様

年　　　月　　　日に申請した療育手帳の交付・再交付申請を取り下げます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人 | ふりがな |  |  | 生年月日 | [ ]  大正 [ ]  昭和 [ ]  平成 [ ]  令和 |
| 氏　名 |  |  | 年　　　月　　　日 |
| 住　所 | 〒 |  |  |  | ― |  |  |  |  |  |
|  |
| 電話番号 | （　　　　　　　　　　）　　　　　　　　― |
| 保護者 | ふりがな |  |  | 生年月日 | [ ]  大正 [ ]  昭和 [ ]  平成 [ ]  令和 |
| 氏　名 |  |  | 年　　　月　　　日 |
| 住　所 | 〒 |  |  |  | ― |  |  |  |  |  |
|  |
| 電話番号 | （　　　　　　　　　　）　　　　　　　　― |
| 続柄 |  |

市町村記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※市町村から判定機関への連絡事項 | 市町村受領印 | 判定機関受領印 |