

(様式第 12 号)

療育手帳交付・再交付申請取下書

福祉事務所長 町村長 経由
児童相談所長 知的障害者更生相談所長 様

令和			年			月			日
申請者氏名							□本人 □保護者		

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
------------------	--------	---------