

手帳所持者本人（障がいのある方）又はその保護者が届出してください。

様式第8号（第10条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

資 格 喪 失 届

令和〇年 〇月 〇日

静岡県知事 氏 名 様

現在お持ちの手帳番号を記入してください。
紛失して分からない場合は記入不要です。

届出者 〇〇 〇〇

次のとおり療育手帳を受け取る資格を喪失したので、静岡県療育手帳交付規則第10条第1項の規定により療育手帳を添えて届け出ます。

マイナンバーカードや住民票に記載されている、12桁の個人番号を記入してください。

交 付 番 号	第〇〇〇〇号	
本 人	住 所	〒410-〇〇〇〇 沼津市〇〇 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)
	ふりがな	〇〇 〇〇
	氏 名	〇〇 〇〇
	生 年 月 日	令和〇年〇月〇日
	個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
資 格 を 喪 失 した 理 由	1 本人が死亡した。 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。) 不要となったため。	
理由が発生した日	令和〇年 〇月 〇日	
摘 要	療育手帳を紛失したため、手帳の返還はできません。 手帳を紛失して返還できない場合、摘要欄にその旨を記入してください。 手帳を返還できる方は記入不要です。	