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

年　　月　　日

静岡県知事　氏名　様

届出者　氏名

　　次のとおり療育手帳を受け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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付番号 | 第号 | 　 |
| 本人 | 住所 | 〒(電話番号　　　－　　　－　　　) |
| ふりがな | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 　 年 　月　 日 | 個人番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 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。) |
| 理由が発生した日 | 年　　月　　日 |
| 摘要 | 　 |