

# 手 帳 返 還 届

年 月 日

熊本県知事 様

届出者 郵便番号 〒 ー

住所

氏名

電話 [ ( ) ]  
手帳所持者との関係 ( )

次のとおり手帳を返還します。

受給者番号		氏名	
住所	〒 ー		
生年月日	明・大・昭 年 月 日		
返還の理由	1 死亡（死亡日： 年 月 日） 2 その他（ ）		

注) 手帳を添えて提出してください。

手帳が見つからない場合は、熊本県 環境生活部 医療対策班までご連絡ください。

（連絡先：096-333-2284）