

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 ㊟

(氏名を自署する場合は、押印は不要です。)

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	
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		