

(様式第5号)

他都道府県等交付療育手帳の継続使用届出書

旧住所地（ ）において、既に療育手帳が交付されており 年 月  
まで継続使用したいので届け出ます。

届出年月日

年 月 日

住所

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

転入年月日

年 月 日

届出者

\_\_\_\_\_

※継続使用期間は、転入日から1年以内とする。