

(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
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで継続使用したいので届け出ます。

届出年月日

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所

転入年月日

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

届出者

(療育手帳所持者との続柄)

※ 継続使用期間は、転入日から1年以内とする。