

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定証再交付申請書

令和 年 月 日

宿毛市長 様

保護者	住所	宿毛市
	氏名	
	電話番号	
	携帯電話	

認定証の再交付について申請します。

再交付を希望する対象児童	(フリガナ) 氏名	生年月日	性別	保護者との続柄
	-----	年 月 日	男・女	
	(フリガナ) 氏名	生年月日	性別	保護者との続柄
	-----	年 月 日	男・女	
	(フリガナ) 氏名	生年月日	性別	保護者との続柄
	-----	年 月 日	男・女	
入所している 施設(事業者)名				
認定区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ※1号…教育目的、2号…3歳以上、3号…3歳未満			
申請理由	<input type="checkbox"/> 汚損破損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他()			

※ 汚損破損の場合などは支給認定証を添付してください。なお、紛失の場合は添付の必要はありませんが、再交付を受けた後、紛失した支給認定証を発見したときは、速やかに返還してください。