

様式第1号（第3条関係）

十日町市地域子育て応援カード交付申請書

十日町市長 様

令和 年 月 日

交付申請者欄	申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再交付（ <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 氏名・住所変更 <input type="checkbox"/> 期限延長 <input type="checkbox"/> 住基カードの返還）			
	ふりがな		生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別 男・女
	氏名				
	住所	〒 ー 十日町市			顔写真貼付 <input type="checkbox"/> 持ち込み ① 6か月以内に撮影 ② 正面、無帽、無背景 ③ 4.5 cm × 3.5 cm程度
	電話番号	ー	ー		<input type="checkbox"/> 窓口で撮影
受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 手渡し（ ）				

代理申請者欄	ふりがな		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	氏名			
	電話番号		申請者との関係	

【満18歳未満の子どもについて】

※満18歳未満の子ども全員を記入してください。

※障害者手帳をお持ちの子どもは、「障害者手帳の有無」の欄に○を記入してください。

	氏名	障害者手帳の有無	生年月日
1			平・令 年 月 日
2			平・令 年 月 日
3			平・令 年 月 日
4			平・令 年 月 日

以下は記入不要

有効期限		カード番号	
------	--	-------	--

月 日 郵送 ・ 手渡し（ ） 済