

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

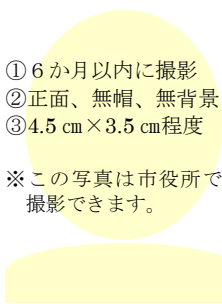
十日町市長 様

太枠内をご記入ください。

年 月 日

申請者欄	申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再交付	生年月日	年 月 日	性別	男・女
	ふりがな			連絡先 電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	
	氏名					
	住所	〒 -				

受け取り方法 郵送 手渡し その他（ ）

顔写真貼付欄

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
※この写真は市役所で撮影できます。
<input type="checkbox"/> 持込み <input type="checkbox"/> 市撮影

再交付の申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失・焼失・著しい破損 <input type="checkbox"/> 氏名の変更、その他訂正 <input type="checkbox"/> 有効期限の延長 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> マイナンバーカードへ変更
----------	--

【代理申請者】

氏名	(ふりがな)	生年月日	年 月 日
		申請者との関係	
連絡先電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯		

【満18歳未満の子どもについて】 ※満18歳未満の子ども全員についてご記入ください。

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			年 月 日
2			年 月 日
3			年 月 日
4			年 月 日

※以下は職員用

月 日 郵送 ・ 手渡し（ ） 済