

第 1 1 号様式 (第 8 条関係)

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

年 月 日

愛別町長 様

次のとおり施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定証の再交付を申請します。

保護者	(ふりがな)	生年月日		続柄
	氏名	年 月 日生		
	(住所) (連絡先) 1. ( ) 2. ( ) 3. ( )			
認定児童	氏 名	性別	生年月日	支給認定証番号
	(ふりがな)	男・女	年 月 日生	
	(ふりがな)	男・女	年 月 日生	
	(ふりがな)	男・女	年 月 日生	
	(ふりがな)	男・女	年 月 日生	
申請理由	1 紛失                      2 破損・汚損                      3 その他 ( )			

(注) 1 「申請理由」欄は、該当する番号を○で囲んでください。該当する番号が「3 その他」であるときは、具体的な理由を記載してください。

2 申請理由が「2 破損・汚損」であるときは、支給認定証を添付してください。