

## 施設型給付費・地域型給付費等 支給認定証再交付申請書

美里町長 様

年 月 日

申請者(保護者)

住 所 美里町

氏 名 ⑩

生 年 月 日 年 月 日

電 話 番 号 ( )

次のとおり、支給認定証の再交付を申請します。

児 童	(ふりがな) 氏 名	生年月日	保護者との 続 柄	在籍施設名 (在籍している場合のみ)
		年 月 日		
再交付の理由	<input type="checkbox"/> 紛失した      ※紛失した認定証が見つかり次第、返還してください。 <input type="checkbox"/> 破損した <input type="checkbox"/> 汚れた      } ※認定証を添付してください。 <input type="checkbox"/> その他 ( )			