

再交付

2号・3号認定申請用	
<input type="checkbox"/> 利用中の施設名	
<input type="checkbox"/> 第一希望の施設名	

※施設名を記入してください

教育・保育給付認定 再交付申請書

尼崎市長あて

年 月 日

尼崎市受付印 (こども入所支援課)	保育施設等 各行政受付窓口受付印
----------------------	---------------------

住所	尼崎市		
ふりがな		生年月日	昭和・平成・西暦
保護者氏名			・
電話番号	-	-	

次の児童について、支給認定証の再交付を申請します。

	ふりがな 氏名	生年月日	年齢	保護者 との続柄
申請児童		令和・西暦 年 月 日	才	
		令和・西暦 年 月 日	才	
再交付の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損			

(注意事項)

- ※ 支給認定証を破り、又は汚した場合であっても返還してください。
- ※ 再交付後、失っ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。

<尼崎市記入欄> (以下は記入しないでください。)

認定年月日	令和 年 月 日	認定区分	<input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号
認定証番号		必要量	<input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間
認定事由(コード)	<input type="checkbox"/> 就労 () <input type="checkbox"/> 出産等() <input type="checkbox"/> 疾病・障害() <input type="checkbox"/> 介護・看護() <input type="checkbox"/> 災害復旧() <input type="checkbox"/> 求職活動() <input type="checkbox"/> 就学 () <input type="checkbox"/> 継続利用 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
支給(利用)期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	こどもコード	

再交付します。					
起案	課長	係長	担当	担当	起案
回議完了					