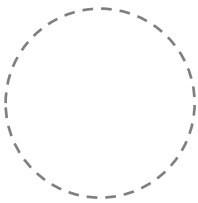


泉大津市産後ケア事業通知書等再交付申請書



泉 大 津 市 長 様

以下のとおり泉大津市産後ケア事業利用承認通知書・利用券の再交付を申請します。再交付に際して、泉大津市が必要な範囲で世帯状況について調査及び閲覧することを承諾します

申請日 年 月 日

フリガナ 利用者氏名	生年月日	年 月 日
利用者住所等	電話番号	
承認番号 ※不明の場合記載不要		
交付の種類	<input type="checkbox"/> 泉大津市産後ケア事業利用承認通知書 <input type="checkbox"/> 利用券	
申請理由	<input type="checkbox"/> 破損 汚損 (破損・汚損した泉大津市産後ケア事業利用承認通知書と利用券をご提出ください) <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
希望する受け取り方法に <input checked="" type="checkbox"/> してください。郵送を選択される場合は、希望する送付先に <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 窓口（申請の翌日から数えて、5 営業日以降に子育て応援課へお越し下さい。） <input type="checkbox"/> 郵送（ <input type="checkbox"/> 利用者の住所 <input type="checkbox"/> その他） ※郵送先をその他に選択された場合は、宛名と住所をご記入ください。 宛名： 住所：		
※申請者以外が窓口に来られた場合は以下をご記入ください。同一世帯の場合、住所は記入不要です。 届出人氏名： 申請者との続柄： 住所： 電話番号：		

確認事項・事務処理欄		サイン
申請者の本人確認 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
届出人の本人確認（代理申請の場合は確認必要） <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
<input type="checkbox"/> 承認通知書の回収 <input type="checkbox"/> 利用券の回収 (NO. ～NO. )	回収日： 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 承認通知書の発行 <input type="checkbox"/> 利用券の発行 (NO. ～NO. )	発行日： 年 月 日	