

特定教育・保育施設等利用者負担額決定（変更）通知書 再交付申請書

年 月 日

（あて先）奈良市長

申請者（保護者） 現住所 奈良市

氏 名

電話番号 - -

次のとおり特定教育・保育施設等利用者負担額決定（変更）通知書の再交付を申請します。

フリガナ		生年月日
認定こども氏名		年 月 日
利用施設		

申請理由	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他（ ）
------	---

受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送
------	--

確認欄	<input type="checkbox"/> 本人確認書類の写し <input type="checkbox"/> 返信用封筒（送付先を記載し、110 円分の切手を貼付） ※窓口での受取りを希望する場合は不要
-----	--

-----

事務処理欄（申請者は使用しないでください）			
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> その他
交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 郵送	
交付日	/ /		