

## 再交付申請書

下記のとおり、再交付を依頼します。

令和 年 月 日

荒川区長 殿

(申請者氏名) \_\_\_\_\_

品名	東京都出産応援事業にかかる ID・PW 入り封筒
児氏名	
児生年月日	令和 年 月 日
住民登録住所 (出生日時点)	荒川区 丁目 番 号
送付先住所	同上の場合は に入れてください 〒
電話番号	

### 保健所記入欄

旧管理番号	
新管理番号	
無効化処理依頼日	令和 年 月 日
無効化処理完了日	令和 年 月 日