**東京都出産・子育て応援事業**

**赤ちゃんファーストギフトカード再交付申請書**

利用登録をしていない赤ちゃんファーストギフトカードについて、

当初交付したカードに記載されたID・パスワードは無効になることを了承の上、

新しいカードの交付を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | 令和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 申請した保護者のお名前 | フリガナ |
| ※申請時と異なる方が再交付を希望する場合は、東京都福祉局家庭支援課母子保健担当(03-5320-4372)へご連絡ください。この申請書での再交付はできません。 |
| お子様のお名前 | フリガナ |
|  |
| お子様の生年月日 | 令和　　７　　年　　　　　　月　　　　　日 |
| 申請時のカード送付先住所 | 〒　　　　　　― |
| 今回のカード送付先住所(どちらかに○) | ( ) 申請時のカード送付先住所と同じ( ) 異なる場合→東京都福祉局家庭支援課母子保健担当(03-5320-4372)へご連絡ください。この申請書での再交付はできません。 |
| 連絡先電話番号 | 　　　　　　　―　　　　　　　―　　　　　　　　　　　　　　(事務局からご連絡する場合があります) |
| 再交付の理由(どちらかに○) | ( )　不在等で受け取りができず、郵便局での保管期限が過ぎてしまったため( )　利用登録前に紛失のため |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 赤ちゃんファーストギフトカードを | 申請した時期 | 令和　　　　　年　　　　　月頃 |
| 申請した方法(どちらかに○) | ( ) ０１８申請と同時申請( ) ロゴフォーム、その他 |
| 受領した時期 | 令和　　　　　年　　　　　月頃 |

|  |
| --- |
| 申請した保護者の本人確認書類の写し　(写真付き１点もしくは写真なし２点を提出してください) |
| ( ) 写真付き１点(顔写真・氏名・住所・生年月日の記載があるもの)を同封しました(どちらかに○)( ) 写真なし２点(氏名・住所・生年月日の記載があるもの)を同封しました |
| 写真付きの例：マイナンバーカード(表面：**顔写真のある面のみ**)・運転免許証(表・裏)・在留カード(表・裏)等写真なしの例：健康保険証・住民票(マイナンバーの記載がないもの)等**※個人番号（マイナンバー：12桁の数字）の記載があるものは送付しないでください。**※提出書類に保険者番号等の記載がある場合は、マスキング（見えないように処理）をして提出してください。 |

【事務局使用】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 既交付管理番号 | 既交付管理番号無効化処理 | 再交付管理番号 | 発送 |
|  | 年　　　　月　　　　日 |  | 年　　　　月　　　　日 |

送付先（切り取って封筒に貼るなどして、ご活用ください）

〒163-0718

東京都新宿区西新宿２丁目７番１号

新宿第一生命ビルディング　19階

公益財団法人　東京都福祉保健財団

福祉情報部　福祉人材対策室

出産・子育て応援担当　あて

郵送代はご負担ください。

配送記録がわかる形（特定記録、レターパック等）で送付してください。