第４号様式（第１０条関係）

**医療的ケア児レスパイト事業再交付申請書**

　年　月　日

（あて先）長崎市長

利用登録決定通知書の再交付について申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 居住地 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 医療的ケア児 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請の理由 | １　破損  ２　紛失  ３　その他  　　　具体的な状況 |

利用者以外の方が届け出る場合は記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出者 | フリガナ |  | 利用者との関係 |
| 氏名 |  |  |
| 住所 | 〒  電話（　　　　　　　　　　　） | |