|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **岩手県子育て応援パスポート　再交付申請書**  年　　月　　日  岩　手　県　知　事　　様  　岩手県子育て応援パスポートの再交付を申請します。  記  郵便番号　〒  パスポート所持者  （交付を受けた本人）  　　　　　　　　　　　　　　住　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日  （平日日中に連絡がとれる電話番号） | | | |
| パスポート交付番号  （※わかる場合に御記入ください） |  | 有効期間 | 年　　月　　日まで |
| 再交付申請の理由（あてはまるところに☑を入れてください）  □　紛　失　　□　汚　損  □　その他（具体的な理由）  ※　汚損等で手元に子育て応援パスポートが残っている場合は、本申請書に添付してお送り願います。 | | | |