

申請日：令和 年 月 日

ダリヤ Pay カード再発行申請書

川西町長 茂木 晶 殿

ダリヤ Pay カードの再発行について、以下のとおり申請します。

【申請者情報】

ふりがな	
氏名	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住所	〒 川西町大字
電話番号	()
旧カード番号（わかる場合のみ）	

【代理人情報】 ※申請者本人以外が窓口に来る場合のみ記入

ふりがな	
氏名	
申請者との関係	
住所	〒
電話番号	()

※申請者及び代理人の本人確認書類等を持参し、町企画財政課までお越しください。

裏面に続きます。

【再発行の理由】（該当するものに☑を入れてください。）

- ☐ 紛失（いつ頃・どこで：_____）
- ☐ 盗難（警察への届出：有 ・ 無 ）
- ☐ 破損・汚損（※旧カードを窓口へご返却ください。）
- ☐ 磁気不良・IC エラー等（※旧カードを窓口へご返却ください。）
- ☐ その他（理由：_____）

【同意事項】（必ずお読みいただき、☑を入れてください。）

- ☐ 本申請をもって旧カードを無効（利用停止）とすることに同意します。
- ☐ 紛失・盗難等から利用停止措置が完了するまでの間に、第三者に不正利用されたポイントについて、補償を求めないことに同意します。
- ☐ 旧カードが発見された場合は、速やかに自身で破棄、または窓口へ返却します。

（以下、窓口職員の記入欄です。申請者は記入しないでください）

処理項目	処理・確認内容	担当者印
本人確認	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 健康保険証 ☐ その他（_____） ※代理人の場合は、委任状及び代理人の本人確認書類を確認	
旧カード 処理	旧カード番号：_____ ☐ 利用停止処理完了（令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 時 ____ 分） ☐ 旧カード回収済 / ☐ 回収なし（紛失等）	
新カード 発行	新カード番号：_____ ☐ 新カード発行処理完了 移行ポイント数：_____pt ☐ 手数料徴収 / ☐ 免除（理由：_____）	