

申込番号（事務局記入欄）

【郵送・FAX 用】

あおもい子育て応援パスポート申込書

青森県健康福祉部こどもみらい課【あおもり子育て応援パスポート事業事務局 FAX:017-734-8091】

申込日		平成		年		月		日	
住 所		〒 ー 青森県							
電話番号 最も連絡のつきやすい番号を お知らせください		(		)		ー			
(フリガナ) 保護者氏名		姓				名			

■ お子様がいる方

① 18歳未満のお子さんのうち、一番下のお子さんのみの氏名、生年月日、年齢を記入してください。

姓（フリガナ）	名（フリガナ）	生 年 月 日	年 齢
		平 成 年 月 日	歳

② 添付していただく書類（以下のうち、どちらかの写しを添付してください）

- ☐ 健康保険証の写し（一番下のお子さん本人の保険証）
- ☐ 母子健康手帳の写し（一番下のお子さんの母子健康手帳の出生証明書のページ）

■ 現在妊娠中の方（お子さんがいる方も含みます）

① 母子健康手帳番号を以下欄にご記入ください。 記入例) 青森市 1 2 3 4 5 6

--

② 出産予定日を以下欄にご記入ください。

平成 年 月 日

③ 添付していただく書類（以下の写しを添付してください）

- ☐ 母子健康手帳の写し（出産予定日が記載されたページ）

◎ 「個人情報の取扱いについて」の内容に同意した上で、あおもり子育て応援パスポートを申込みます。

■個人情報の取扱いについて

- ・ 皆様の個人情報（『氏名』『住所』『電話番号』等）は、あおもり子育て応援パスポート事業事務局から「あおもり子育て応援パスポート」等をお届けする目的と緊急時の連絡をさせていただく以外の目的での利用は行いません。
- ・ 皆様の個人情報は厳重に管理します。不正な改ざん、紛失、漏洩の防止に努めます。
- ・ 皆様の個人情報は、承諾をいただかない限り第三者への開示・提供は行いません。