

(様式2-1)

【妊婦のいる家庭用】

「しまね子育て応援パスポート」
交 付 申 請 書

年 月 日

市町村長 様

(申請者) 住 所

(ふりがな)

氏 名

(電話: - -)

代理人 住 所

(ふりがな)

氏 名

私は、「しまね子育て応援パスポート」の交付対象者要件を満たしていますので、その交付を申請します。

この申請の審査にあたって、記載事項を確認するため、住民基本台帳を閲覧されることについて承諾します。また、この申請書の個人情報を島根県が管理する「しまね子育て応援パスポート管理システム」に登録されることについて承諾します。

記

(1) 妊婦の氏名、出産予定日等

氏 名	申請者との続柄	出産予定日
		年 月 日

(注)1 母子健康手帳を提示してください。

(以下、事務使用欄)

(1) 確認した資料等

住民基本台帳	母子健康手帳

(2) 管理用データ

交付年月日	有効期限	パスポート番号	備考(変更等)
・ ・	20 年 月 日	P -	