

とっとり子育て応援パスポート交付申請書

鳥取県知事 様

- ・私は、次のとおり「とっとり子育て応援パスポート」の交付を申請します。
- ・併せて県、および市町村がこの内容を確認することに関して、下記の〔個人情報の取り扱いについて〕に同意します。

☆太枠の中をご記入ください。

年 月 日

申請者	フリガナ	
	保護者氏名	※署名は自署してください。
	郵便番号	—
	住 所	鳥取県
	電話番号	— —

① 最年少児童の生年月	西暦 年 月
★現在妊娠中の方は、母子手帳の発行市町村名と番号をご記入ください。	発行市町村名 母子健康手帳番号 [] []
② 受信希望のものにチェックしてください	☐ 子育て応援情報メールマガジンの配信（毎月19日） ☐ 携帯電話へすくすくかんさいシンボルマークの送付
③ メールアドレス	@
★②でチェックされた方はご記入ください。	

申請者以外のカード交付申込み欄

★申請者と同一世帯の保護者に限ります。申請者のみ交付希望の場合は記入の必要はありません。

カード希望枚数	枚（申請者以外の交付希望合計枚数）		
交付希望者名 ★メールマガジンの配信、すくすくかんさいシンボルマークの送付をご希望の方は氏名の下にメールアドレスを記入し、受信希望のものにチェックしてください。		氏 名（フリガナ）	受信希望のもの
	1	（ ）	☐ メールマガジン
		@	☐ シンボルマーク
	2	（ ）	☐ メールマガジン
		@	☐ シンボルマーク
	3	（ ）	☐ メールマガジン
		@	☐ シンボルマーク
	4	（ ）	☐ メールマガジン
		@	☐ シンボルマーク

〔個人情報の取り扱いについて〕

○県及び市町村は、この事業で収集した個人情報をこの事業以外に使用しません。
 ○県は、この申請書に記載された個人情報を収集するとともに収集した個人情報のうち、申請者の住所及び最年少児童の生年月日又は母子健康手帳番号について、住所地の市町村に提供し、当該市町村はこれを収集します。
 当該市町村は、提供を受けた申請者の住所、氏名及び最年少児童の生年月日又は母子健康手帳番号について住民基本台帳若しくは外国人登録原票又は母子健康手帳番号を閲覧（確認）し、この交付申請の内容と一致するかを県に情報提供します。

※申請ができるのは、県内在住の18歳未満の児童を養育している保護者、または現在妊娠中の方に限ります。

とっとり子育て応援パスポート事業は、鳥取県及び県内全市町村が共同実施しています。