

(第1号様式)

子育て応援とうきょうパスポート利用登録申込書

東京都福祉保健局少子社会対策部
計画課 子育て応援事業担当 行

申込日	平成 年 月 日	
住所	(〒 -)	
電話番号	() - ※日中連絡のできる番号を	
メールアドレス (携帯電話も可)	※この事業に係るご案内をさせていただくことがあります。携帯電話で迷惑メール設定をしている場合は、ドメイン「」 「URL付きメールを受信できるように設定してください。」	
(フリガナ)	姓	名
保護者氏名		

◎中学生以下の最年少のお子さんについてご記入してください。

	姓	名	生年月日
(フリガナ)			
(漢字)			平成 年 月 日

◎妊娠中の方は、以下に記入してください。

出産予定日
平成 年 月 日

◆申込みの際は、返送分の郵便切手を貼付した返信用封筒を同封の上、下記まで送付してください。

送付先 〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1 東京都庁第一本庁舎
東京都福祉保健局少子社会対策部計画課子育て応援事業担当

◎子育て応援とうきょうパスポート利用規約に同意した上で、子育て応援とうきょうパスポートの利用登録を申し

個人情報の取り扱い
皆様からご記入いただいた氏名や住所、電話番号等の個人情報は、本申込書の記載内容の確認や、子育て応援とうきょうパスポートに係る連絡を行うために利用したり、無断で第三者に提供したりすることはありません。

--

--

を記入してください。

からのメール及び

--

年齢
歳

込みます。

う以外の目的の
