様式第１号（第７条関係）

大東市子育てスマイルサポート券交付申込書

年　　月　　日

（宛先）大東市長

申請者	住　所	〒574- 大東市		
	氏　名（フリガナ）		続柄	
	電話番号 （ 自宅 ・ 携帯 ）	－　　－		

大東市子育てスマイルサポート券の交付について、大東市子育てスマイルサポート事業実施及び補助金交付要綱第７条の規定により、下記のとおり申し込みます。

また、大東市から委託を受けた事業者が、申込みに関する個人情報及び登録事業所又は登録事業所を運営する事業者が保有する利用状況等の個人情報を取り扱うことについて同意します。

記

	名前（フリガナ）	生年月日	性別	備考
対象乳幼児		年　月　日	男・女	第　子
		年　月　日	男・女	第　子
		年　月　日	男・女	第　子

	名前（フリガナ）	備考	名前（フリガナ）	備考
対象乳幼児のごきょうだい		第　子		第　子
		第　子		第　子
		第　子		第　子