

《郵 送》〒462-0033 名古屋市北区金田町3丁目11番 愛知母子・父子福祉センター
《FAX》052-915-8444「大野雄大選手招待プロジェクト」係 ※応募締切5/11必着

中日ドラゴンズ大野雄大選手招待プロジェクト申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人愛知県母子寡婦福祉連合会 様

試合日程 参加希望日に☑を付けてください。 (どれかおひとつ)	5月21日(日) <input type="checkbox"/> 中日 対 広島 開場:12:00 試合開始:14:00 場所:ナゴヤドーム	6月4日(日) <input type="checkbox"/> 中日 対 楽天 開場:12:00 試合開始:14:00 場所:ナゴヤドーム	7月30日(日) <input type="checkbox"/> 中日 対 阪神 開場:12:00 試合開始:14:00 場所:ナゴヤドーム
フリガナ 氏 名	男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)
住 所 電話番号	〒 ー 愛知県		
	電話番号 () ー 日中の連絡先 () ー		
フリガナ お子様の氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (歳) 小学・中学 年生
フリガナ お子様の氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (歳) 小学・中学 年生
フリガナ お子様の氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (歳) 小学・中学 年生
手当等の 受給状況	※該当の番号に○を付けてください。 1. 児童扶養手当 2. 遺族年金 3. その他の手当 () 4. なし ※2~4に○を付けた方は下記にご記入ください。 配偶者のない女子または男子となった時期(昭和・平成 年 月) その当時、扶養していた末子の年齢 (歳)		
添付書類	お申込みに際し、 お申込みされる方全員のひとり親家庭等医療証等ひとり親家庭を証明するものの写し が必要となります。申込書と合わせて医療証または証明すものコピーを郵送またはFAXにて添付してください。 ※1お申し込みが2回目以降の方は証明書のコピーの添付は不要です。 ※2各地区母子寡婦福祉会員もしくはジョイナス会員の方は、証明書のコピー添付は不要ですが、下記☆印の同意書欄にご署名をお願いします。		
※1 申込回数	1・はじめて 2・2回目以降 (回目)		
※2 母子寡婦福祉会 または ジョイナス会員 加入状況	母子寡婦福祉会の会員である		1. 会員 2. 非会員
	ジョイナス会員である		3. 会員 4. 非会員
	※1に○を付けた方は、ご加入地区の母子寡婦福祉会名を記入ください 市 町 母子寡婦福祉会		
	☆ひとり親家庭の母または父等に該当する者であることを各地区母子寡婦福祉会会長、またはジョイナス、ナゴヤに確認することに同意します。	署 名	
	非会員の方は母子寡婦福祉会またはジョイナス会員への入会を希望されますか? はい・いいえ		

※「氏名」は、楷書で丁寧に記入し、「フリガナ」を付けてください。

※「住所等」は、住宅名及び棟、号室まで記入してください。

※参加希望試合の口欄に☑を付けてください。(どれかおひとつ)

※参加申し込みの際にご記入いただいた個人情報、細心の注意を払って適法かつ適切に管理し、この目的以外には一切使用いたしません。