様式第1号(第４条関係)

チャイルドシート等貸出申請書

　　年　　月　　日

社会福祉法人大河原町社会福祉協議会長　殿

申請者

住　　所　〒

氏　　名

電話番号

チャイルドシート等貸出事業実施要綱について理解し、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 乳幼児 | ふりがな |  | 性別 | 申請者との続柄 |
| 氏名 |  | 男・女 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 | 　 |
| 種別 | １　チャイルドシート　　２　ジュニアシート |
| 申請理由 |  |
| 利用期間 | 　　年　　月　　日～　　年　　月　　日（１年以内） |

※　申請者本人とわかる身分証明書（運転免許証・保険証）の提出をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 管理番号 | 係 |
|  |  |