

様式第1号

チャイルドシート貸付申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人
日吉津村社会福祉協議会長 様

申請者 住 所 西伯郡日吉津村大字
氏 名
電話番号 (-)

下記のとおりチャイルドシートの貸付を申請します。

記

使用予定の乳幼児	氏名 平成・令和 年 月 日生 (歳 月) 申請者との続柄 ()
使用予定の自動車	登録番号 車 名 形式
借受希望のシート	種類【乳児用ベッドタイプ・幼児用シートタイプ】 台
借 受 期 間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
貸し出しチャイルドシート番号	
返 納 日	年 月 日
摘 要	