

様式第1号

貸付番号

令和 年 月 日

五所川原市チャイルドシート貸付申請書

五所川原市長

申請者 住所 五所川原市

氏名

電話

チャイルドシートの貸付を受けたいので、五所川原市チャイルドシート貸付事業実施要綱第4条の規定により申請します。

記

使用する 乳幼児	氏 <small>い</small> <small>り</small> <small>が</small> <small>な</small> 名	生 年 月 日	年齢	続柄	備考
貸付希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				

添付書類

- 運転免許証の写し
- 乳幼児保険証の写し(無い場合は、母子健康手帳またはパスポートの写し)
- 車検証の写し

※貸付申請は、申請者1人につき一年度1回とし、貸付期間は30日以内です。

※貸付申請の受付開始日は、貸付希望日の30日前からです。

ただし、申請受付開始日が土日祝日のときはその前日。

(例)「貸付希望日が6月1日の場合、申請受付開始日は5月2日から」