

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	ふ り が な 氏 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）
自動車検査証（車検証）の写し

※貸付対象者は、下記①および②の両方を満たして、AまたはBに該当する方です。

- ① 五所川原市に住民登録をされていて、普通自動車運転免許資格を有する者
② チャイルドシートを装置する自動車の自動車検査証（車検証）に記載されている所有者または使用者である者
A.6歳未満の乳幼児の保護者
B.市外に居住する親族の一時帰省等で、チャイルドシートを必要とする者

※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。