

チャイルドシート貸与申請書

令和 年 月 日

音威子府村長 様

申請者 住所
氏名 ⑩
(TEL -)

次のとおり、チャイルドシートの貸与を申請します。

なお、私は音威子府村チャイルドシート貸与規定を遵守いたします。

また、貸与を受けたチャイルドシートを装着し、事故等に遭遇し負傷した場合においても、音威子府村に対し、一切の責任は問いません。

| | | | |
|--------|----------------------|------------|--|
| 幼児名 | | 申請者との続柄 | |
| 生年月日 | 平成・令和 年 月 日生 (歳 ヶ月) | | |
| 貸与希望 | ベビーシート (乳幼児) | 0 ヶ月～1 歳未満 | |
| | 借受から6 ヶ月間 | 令和 年 月 日から | |
| | 返還予定年月日 | 令和 年 月 日まで | |
| シート名及び | チャイルドシート (幼児用) ・年齢 | 1 歳頃～ 4 歳頃 | |
| | ジュニアシート (児童用) ・年齢 | 4 歳頃～ 6 歳頃 | |
| 貸与期間 | 借受から7日間 | 令和 年 月 日から | |
| | 返還予定年月日 | 令和 年 月 日まで | |