

地域福祉課長	受 付

(別紙1)

チャイルドシート貸出申請書

令和 年 月 日

長門市社会福祉協議会長 様

申請者

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電 話 (_____) _____

下記のとおり チャイルドシート貸出を申請します。

記

利用対象児	ふりがな 氏 名 (_____)	年 月 日生 (才 か月)
続柄	1. 父母 2. 祖父母 3. その他 (_____)	
貸出希望シート	1. 新生児対応型 2. 乳幼児対応型 3. 幼児対応型 4. ジュニアシート 5. 全対応型	
利用期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
申請理由	1. 帰省のため 2. 緊急搬送のため 3. その他 (_____)	

* 貸出期間は3ヶ月以内です。尚1ヶ月前から予約可能です。

* 利用料は1ヶ月以内無料ですが、2ヶ月目1,000円、3ヶ月目2,000円必要です。

【社協記入欄】

* 皆様に清潔な状態でチャイルドシートをお貸出できるよう、毎回クリーニングを行っています。

この事業は、皆様からいただいた

香典返し等寄付金（善意銀行）

で運営しております。

取扱い説明書	白マット
有 無	有 無
返 却 日	担当者印
令和 年 月 日	