

地域福祉課長	係	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 _____

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 (_____)	年齢 才 か月
続柄	1. 父母 2. 祖父母 3. その他 (_____)	
貸出希望シート	1. チャイルドシート 2. ジュニアシート	
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か月以内です。なお1か月前から予約可能です。

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

* 皆様に清潔な状態でチャイルドシートを貸し出せるよう、消毒を行っています。

この事業は、皆様からいただいた

香典返し等寄附金 (善意銀行)
赤い羽根共同募金

 で運営しております。

【社協記入欄】

返 却 日	担当者印
令和 年 月 日	