

九重町チャイルドシート貸出申請書
(新規 再申請)

年 月 日

九重町長 殿

大分県玖珠郡九重町大字 番地
(行政区)
(電話番号 ー)

氏名 _____ ⑩

チャイルドシートの貸出を受けたいので申請します。

貸出申請期間	年 月 日から			年 月 日まで		
利用する人 (保護者名)						
乳幼児名 (0歳から6歳未満) 幼児名にはふりがなを つけてください。	①	生年月日	年	月	日	
	②	生年月日	年	月	日	
	③	生年月日	年	月	日	
	④	生年月日	年	月	日	
貸出希望のチャイルドシート (希望するものを○で囲んでください)	① 乳児用タイプ (使用目安 0～12ヶ月) ② 幼児用タイプ (使用目安 6ヶ月～4歳) ③ 幼児学童兼用タイプ (使用目安 1歳～6歳) ④ 新生児から7歳タイプ (使用目安 0歳～7歳)					
備 考	チャイルドシート①タイプ【備品番号 _____】 チャイルドシート②タイプ【備品番号 _____】 チャイルドシート③タイプ【備品番号 _____】 チャイルドシート④タイプ【備品番号 _____】					

※貸出の申し込みができるのは、原則として1世帯あたり1台です。

返却又は再申請年月日

返却 ・ 再申請 _____ 年 月 日 確認者