

(様式第1号)

本所決裁欄						
会長	事務局長	課長	班長	主任	副主任・課員	受付者

支所決裁欄			
支所長	主任	副主任・係員	受付者

チャイルドシート等貸与申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 西海市社会福祉協議会長 様

申請者 住所 西海市 町

氏名 _____ 印

電話 _____

チャイルドシート等の貸与を受けたいので、下記のとおり申請いたします。

シート等の種類 (いずれかに○)	ベビーシート	チャイルドシート	ジュニアシート	ベビーカー	
利用者	氏名	申請者との続柄()			
	生年月日	平成・令和 年 月 日生 (歳 ヶ月)			
	住所				
シート等を必要とする理由					
利用期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (※最長3ヶ月間)				

※社協記入欄 (申請者は記入しないで下さい)

シートNO.	ベビーシート (No.)	チャイルドシート (No.)	ジュニアシート (No.)	ベビーカー (No.)
貸与日	令和 年 月 日 (返却予定日: 令和 年 月 日)			担当者印
返却日	令和 年 月 日			担当者印
※延長申請日	令和 年 月 日			担当者印
区分(※いずれかに☑)				利用料
<input type="checkbox"/>	第5条第2項第1号対象	本会の会員		無料
<input type="checkbox"/>	第5条第2項第2号対象	生活保護世帯		無料
<input type="checkbox"/>	第5条第2項第3号対象	その他会長が認めるもの		無料
<input type="checkbox"/>	その他			300円(月額)