

第1号様式(第3条関係)

チャイルドシート貸与申請書

平成 年 月 日

中川町長 亀井 義昭 様

住所 中川町字  
申請者  
氏名  
連絡先

印

次のとおり、チャイルドシートの貸与を申請します。  
なお、私は中川チャイルドシート貸与規定を遵守します。  
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、中川町に対し一切の責任を問いません。

幼 児 名		申請者との続柄	
生年月日(幼児)	平成 年 月 日 (満 歳)		
貸与希望シート	ベビーシート ・ チャイルドシート		
貸 与 期 間	貸与決定日から6ヶ月間とする。		
返還予定年月日	平成 年 月 日		
返 還 年 月 日	平成 年 月 日		

担当・確認者 \_\_\_\_\_ 印