

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

昭和町長 殿

(申請者)

〒 409-38

住 所 \_\_\_\_\_

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

## 乳児用チャイルドシート

## 貸 与 申 請 書

乳児用チャイルドシートの貸与を受けたいので、昭和町乳児用チャイルドシート貸与事業実施要綱第5条の規定に基づき申請します。

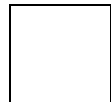
ふりがな

1 乳児の氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)

2 乳児の生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
(出産予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

3 希望貸与期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

町民窓口課 確認印



※個人情報、チャイルドシート貸与業務委託業者以外の第三者に提供する事は一切ありません。

※申請に伴い、貴町担当者が住民票等を閲覧することに同意します。

名前

印