

様式第1号(第5条関係)

平成 年 月 日

甲州市長 田 辺 篤 様

申請者(保護者)(〒)

住 所 甲州市 _____

ふりがな

氏 名 _____

電 話 自宅() 携帯 _____

乳児用チャイルドシート貸与申請書(出産前用)

乳児用チャイルドシートの貸与を受けたいので、甲州市乳児用チャイルドシート貸与事業実施要綱第5条第1項の規定により申請します。

1 出産予定日 平成 年 月 日

2 希望貸与期間 平成 年 月 日()から
平成 年 月 日()まで

3 希望届先(番号を で囲んでください)

(1) 自宅(申請者に同じ)

(2) その他 届 先 名 _____

住 所 甲州市 _____

電 話 _____

- 注意
- 1 申請の際には、母子手帳の提示をお願いします。
 - 2 貸与期間の限度は、1歳の誕生日の前日までです。
 - 3 住所は、団地名、アパート名、部屋番号等まで正確に記入してください。
 - 4 申請からお届けまで、1週間位かかります。
 - 5 **赤ちゃんが生まれましたなら、必ず次のことを連絡してください。**

受付年月日 平成 年 月 日

ふ り が な

1 乳児の氏名 _____ (男・女)

2 乳児の生年月日 平成 年 月 日 身長 _____ cm 体重 _____ kg

(整理番号)