

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（乳児用）

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。

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

3 乳児の身長体重 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

4 希望貸与期間 平成 年 月 日（ ）から  
平成 年 月 日（ ）まで

5 貸与限度年月日 平成 年 月 日（ ）

6 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 貸与期間の限度は、1歳の誕生日の前日までです。

2 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

3 申請からお届けまで、1週間位かかります

（整理番号 \_\_\_\_\_ ）