

チャイルドシート等利用申請書

年 月 日

遊佐町長 殿

住 所

氏 名

電話番号

チャイルドシート等の貸出を受けたいので、遊佐町チャイルドシート等貸出事業実施要綱第5条の規定により次のとおり申請します。

乳幼児	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	
	申請者との続柄	
種 別	チャイルドシート・ベビーシート (No.)	
利用期間（6ヶ月以内）	年 月 日～	年 月 日
※職員記入欄		
申請者以外の方が提出した場合	氏名	
申請者又は提出者の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

年 月 日

申請者

様

遊佐町長

印

チャイルドシート等貸出可否決定通知書

さきに申請のあった標記の件について、次のとおり決定しましたので、遊佐町チャイルドシート等貸出事業実施要綱第6条第2項の規定により通知します。

記

- 貸出の可否 可 ・ 不可（不可の場合の理由 ）
- 貸出期間 年 月 日から 年 月 日まで
- チャイルドシート番号 No.
- 留意事項

- シートは、正しく後部座席に装着してください。助手席に装着した場合は、エアバッグにより負傷する恐れがあります。
- 借り受けたシートは、傷害保険等には加入していません。交通事故等により傷害を受けた場合の補償はありませんのでご注意ください。
- 故障・破損が生じた場合は、そのままの使用は大変危険ですので直ちに返却してください。また、借受者の故意または重大な過失があった場合は、修理費用等を負担いただく場合があるのあらかじめご了承ください。
- 借受期限が来て返却する場合は、次の利用者が気持ちよく利用できるように、シートカバーをクリーニングして返却してください。
- 貸出期間終了後の同一乳幼児に係る再申請はできませんのでご了承ください。ただし、里帰り出産などの一時滞在に係る貸出はこの限りではありません。