

チャイルドシート等借用申請書

年 月 日

有田町社会福祉協議会長 様

チャイルドシート等の借用について、福祉用具等貸与事業実施要綱の規定を承諾の上、下記のとおり申請します。

申請者 住所

氏名 ⑩

電話 () -

(太枠内をご記入ください)

借用物品	<input type="checkbox"/> チャイルドシート No. <input type="checkbox"/> ジュニアシート No.	
借用期間	年 月 日 () から 年 月 日 () まで	
会員資格有無	有 無	貸与料 200円 延長料金
当要綱第8条の規定により会員は無料。非会員は1週間ごとに200円ずつの負担となります。		
返却日時	年 月 日 () 時 頃	
利用者氏名	乳幼児氏名又は月齢	
利用者住所	(ここに住所を記入)	
【留意事項】 1. チャイルドシート等の貸与は、有田町社会福祉協議会ボランティアセンターが行います。 2. 貸与の際に申請者本人の確認のため、運転免許証等の写しと引き換えにお貸しいたします。 3. 貸与期間 ① 1回につき1週間以内とします。ただし、やむを得ず借用期間を延長する場合は、期間満了前に有田町社会福祉協議会に申出て、1週間延長することができます。 ② 出産のための里帰りなど一時帰省の場合は1ヶ月単位で最長3ヶ月の借用ができます。 4. 故意又は過失による損傷、滅失の場合は、弁償していただくことがあります。 5. 部品及び付属品の紛失に関しては、その代金をいただくことがあります。 6. 著しい汚れを確認した場合は、クリーニング代をいただくことがあります。 7. 借用期間中の事故に関しては、有田町社会福祉協議会は一切関与いたしませんので、ご了承下さい。		

※印は協議会の記入欄のため、記入しないでください。

※. 貸与の適否	適 ・ 否 否の場合その理由					
※. 返 却 日	年 月 日			貸付担当者		
※. 決 裁	事務局長	事務局次長	専門員	主任	事務	ボラセン