



(別紙1)

申請書提出先
(株) ベビーリース
FAX 047-392-3011

チャイルドシート貸出申請書 (連絡表)

(申請日 年 月 日)

1. 氏名	フリガナ	
	氏名	
2. 申請者 住所	 松戸市	
3. 送り先 申請者住所と異なる 場合のみご記入下さい。		
4. TEL 連絡先	(自宅) 047- - - (携帯) - - -	
5. シート名	乳児用 ① レーマーベビーセーフSHR2	(レーマーベビーセーフSHR2専用) ISOFIXベース 別途4,000円
	② スマートキャリー ③ ^{ジュニア} juvaベビーシート ④ コッコロ ジュニア用 ⑤ トラベルベストECプラス	(スマートキャリー専用) イージーベース 別途2,000円 ISOFIXベース 別途3,000円
6. 配達日	月 日 ()	【 ヶ月間】 *最長6ヶ月間

*佐川急便配送希望時間帯 (時 ~ 時)

☆配送が下記(1)の場合は時間指定できません。

※配送料については、

- (1) 市内配送で配送日が水曜日、土曜日(共に祝日、第三土曜日除く)の場合
→ 送料無料(時間指定不可)
- (2) 市内配送で配送日が上記(1)以外の場合 → 片道600円(税抜)
- (3) 市外(里帰り出産等)の場合 → 指定業者から別途連絡(送料有料)

※レーマーベビーセーフプレミアム、ハイバックブースターは、継続のみとなります。新規の貸出は行っておりません。

※申請書に記載された氏名、住所、連絡先につきましては、チャイルドシートの貸出業務のみに使用し、それ以外の用途には利用しません。

お問い合わせ
松戸市 市民安全課 ☎047-366-7341
(株) ベビーリース ☎0120-15-8181

記入例

申請書提出先
 (株) ベビーリース
 FAX 047-392-3011

チャイルドシート貸出申請書 (連絡表)

(申請日 年 月 日)

1. 氏名	フリガナ	マツド タロウ
	氏名	松戸 太郎
2. 申請者住所	〒271-8588 松戸市根本387-5	
3. 送り先 <small>申請者住所と異なる場合のみご記入下さい。</small>	〒□□□-□□□□ 〇〇県 △△△市 ◇◇町	
4. TEL 連絡先	(自宅) 047-366-1111 (携帯) 090-□□□□-□□□□	
5. シート名	乳児用 ① レーマーベビーセーフSHR2 ② スマートキャリー ③ <small>ジュヴァ</small> juvaベビーシート ④ コッコロ ジュニア用 ⑤ <small>トラベルベスト</small> ECプラス	
6. 配達日	4月 1日 (月) 【 6ヶ月間】 *最長6ヶ月間	

配達希望日を記入して下さい

希望のシートに○印をつけて下さい

*佐川急便配送希望時間帯 (時 ~ 時)

☆配送が下記(1)の場合は時間指定できません。

配達希望時間は、下記の時間帯のうちいずれかを選べます

- ・午前中
- ・12時~14時
- ・14時~16時
- ・16時~18時
- ・18時~21時

※有料です。

※配達日が水曜日、土曜日 (共に祝日、第三土曜日除く) の場合
→ 送料無料 (時間指定不可)

※配達日が上記(1)以外の場合 (産前・産後・産後等) の場合
→ 片道600円 (税抜)
→ 指定業者から別途連絡 (送料有料)

※ハイバックブースターは、継続のみとなります。新規の貸出は行っておりません。

※記入した氏名、住所、連絡先につきましては、チャイルドシートの貸出業務のみならず、他への用途には利用しません。

お問い合わせ
 松戸市 市民安全課 ☎047-366-7341
 (株) ベビーリース ☎0120-15-8181