

自転車同乗幼児用ヘルメット配布の申請書

年 月 日

大山崎町長 様

申請者 氏名 _____ ㊟

住所 _____

電話 _____

自転車同乗幼児用ヘルメットの配布を受けたいので申請します。

保育所・園名		
対象となるお子様	お名前	
	年齢	
	性別	
ご希望の色	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	

※お子様が複数名おられる場合も、上記の欄にご記入ください。

【添付するもの】

お子様の生年月日および本町に在住であることを確認できるもの（母子手帳や保険証等）の写し。