

チャイルドシート購入費補助金交付申請書

年 月 日

横瀬町長 様

申請者 住所 (第 区)
 氏名 印
 電話 ()

横瀬町チャイルドシート購入費補助金交付要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり補助金の交付を申請します。

記

乳幼児氏名・生年月日	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
チャイルドシートの購入日	年 月 日	
チャイルドシートの購入先	所 在 地	
	店 名	
チャイルドシートの種類	乳児用シート ・ 幼児用シート 学童用シート ・ その他()	
チャイルドシートの名称・メーカー	名 称	
	メ ー カ ー	
購 入 金 額	金 円	
添 付 書 類	領収書 ・ 出生届済証明の写し	
補助金の振込先 金融機関名等 (申請者の口座に限る)	金 融 機 関 名	銀 行 農 協 支店 信用金庫
	口 座 番 号	普通 ・ 当座 No.
	口座名義人(カタカナ)	

- (注) 1 領収書(レシートは不可)は、以下の点が確認できるものとしてください。
 購入年月日、購入者氏名、購入金額
 2 口座名義人は、通帳に記載されている名義人のとおり記入してください。

役場処理欄	購入金額(A)	添 付 書 類		補 助 金 額 (A×1/2)	補 助 金 の 交 付 の 可 否
住基登録あり	円	領収書	出生届済証明	円	交 付 ・ 不 交 付
重複なし					

(注) 役場処理欄には記入しないでください。