様式第１号(第５条関係)

　　年　　月　　日

三朝町長　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　　印

電話番号

三朝町チャイルドシート購入費補助金交付申請書

　　　　年度において、標記補助金を下記のとおり受けたいので、三朝町チャイルドシート購入費補助金交付要綱第５条の規定により、下記のとおり申請します。

　なお、申請内容の確認のため、申請者等に係る住民基本台帳の閲覧に関し、同意します。

記

１　本補助金の申請内容

|  |  |
| --- | --- |
| 購入日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 購入額 |  |
| 申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| チャイルドシートを必要とする乳児 | 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 申請者との続柄 |  |

２　添付書類

　(１)　領収書等（購入日、購入金額及び購入店名が確認できる書類）の写し

(２)　品質保証書の写し又はチャイルドシートの製造元、品名等が確認できる書類

【振　込　依　頼　書】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 　　　　　銀行・信金・信組・農協・その他 |
| 支　店　名 | 　支店 | ※ゆうちょ銀行をご利用の方は、支店番号をご記入ください。 |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） |
|  |