

年 月 日

中土佐町長 池田 洋光 様

申請者 住 所
氏 名 印
電話番号

中土佐町チャイルドシート等購入費補助金交付申請書兼請求書

年度において、標記補助金を下記のとおり受けたいので、中土佐町チャイルドシート購入費補助金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり申請・請求します。

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 金 額		円			
申 請 額		(購入金額の2分の1・100円未満切り捨て・上限15,000円) 円			
チャイルドシートを必要とする乳幼児	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 (購入日、購入者氏名、商品名、購入金額、購入店名が確認できる書類)
- (2) 品質保証書、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】 (申請者の口座に限る)

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	(フリガナ)								