

長沼町チャイルドシート購入助成金交付申請書

年 月 日

長沼町長 様

下記のとおり助成金の交付を受けたいので、長沼町チャイルドシート購入助成金交付要綱第5条の規定に基づき申請いたします。

記

申請者	氏名	印		電話
	住所	〒 長沼町		
	乳幼児との関係		住民となった日	年 月 日

品名等	メーカー		品名	
	型番 (製造番号)		型式指定・ 認定番号	
購入費	円（消費税を含めた額を記入する。）			
助成金交付 申請額	円			
チャイルド シートを必要とする乳 幼児	氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日生（ 歳）		
	住所	（申請者と住所が異なる場合に記入）		
購入場所	住所			
	店舗名			
口座振込先	金融機関	北海道銀行・空知信用金庫・ながぬま農協・北洋銀行・ゆうちょ銀行 支店・本所		
	口座番号	（普通・当座）		
	口座名義(か)			

備考

- 1 助成金交付申請額は、購入費×1／3（100円未満は切捨て、1万円を超えると
きは1万円）の額を記入すること。
- 2 次の書類を添付すること。
 - (1) 領収書の原本（レシート不可）
 - (2) 品質保証書の写し又は、製造元・品名が確認できる書類（取扱説明書等）