

長沼町チャイルドシート購入助成金交付申請書

平成 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	TEL	—
	住所			
	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			
購入場所	住所			
	店舗名			
口座振込先	金融機関			
	口座番号	（普通・当座）		
	口座名義			

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
 - （2）品質保証書の写し又は、製造元・品名が確認できる書類