様式第１号(第６条関係)

黒潮町チャイルドシート等購入費補助金交付申請書

年　　月　　日

　　黒潮町長　様

住所　黒潮町

氏名

（氏名は、自署又は記名押印より記入してください。）

電話番号

　　黒潮町チャイルドシート等購入費補助金交付要綱第６条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて補助金の交付申請をします。

　また、住民基本台帳等及び納税状況等について公簿等の確認を関連する

部署に求めることに同意します。

記

１　補助金交付申請額　　　　　　　　　　　　円

２　チャイルドシート等を使用する乳幼児の氏名及び生年月日

|  |  |
| --- | --- |
| 乳幼児氏名 | 生年月日 |
|  | 　　年　　　月　　　日 |

３　チャイルドシート等購入に係る領収書（裏面に添付すること）

 (注)申請額は、チャイルドシート等の購入金額に２分の１を乗じて得られた額（１００円未満の端数があるときは、切り捨てた額）とする。ただし、上限は１万円とする。

４　補助金振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 預金 種目 |  | 口座番号 |
| 銀行金庫組合 | 支店　　支所 | 1 普通2 当座 |  |  |  |  |  |  |  |  |