

チャイルドシート購入費補助金交付申請書

(申請先) 中能登町長

申請者 住 所 中能登町

氏 名 ⑩

電話番号

中能登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、補助金の交付を受けたく、下記のとおり申請します。

| | | | |
|-----------------------------------|--------------|------------|--------------|
| 購 入 品 名 | チャイルドシート | | |
| 購 入 価 格 | 円 | | |
| 使用予定の 乳 幼 児 | 生年月日 | 平 成 令 和 | 年 月 日生 (第 子) |
| | フリガナ | | |
| | 氏 名 | | |
| 振 込 金 融 機 関 | (銀行・農協・信用金庫) | | 支店 |
| 預 金 種 別 | 当座・普通 | 口座番号 | |
| フリガナ | | | |
| 口座名義人 | *申請者と同一名義口座 | | |
| この申請に係る必要な税関係書類を調査されても異議は申し立てません。 | | | |
| 申請者氏名 | | | ⑩ |
| 交 付 決 定 額 (担当記入欄) | 円 | | |

*太枠内は、記入しないでください。

注1. 補助金は、乳幼児1人につき購入費の2分の1に相当する額で、最高限度額1万円となります。

*千円未満の端数があるときは、当該端数を切り捨てた額となります。

注2. 補助金は乳幼児1人につき1回を限度とします。

添付書類 領収書・品質保証書の写し(裏面添付)