

(第3条関係)

決	町長	副町長	部長	課長	課長補佐	係長	係
裁							

様式第1号

年 月 日

境町長 様

《申請者》 住 所 境町 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

日中の連絡先 \_\_\_\_\_

### 境町チャイルドシート購入補助金交付申請書

境町チャイルドシート購入補助金交付要項第3条の規定により、下記のとおり申請します。

受給資格を確認するための個人情報（収納状況等）については、境町個人情報保護条例第5条第3項の規定により同意します。

補助金交付 申請額	<input type="checkbox"/> 満額 8,000 円 <input type="checkbox"/> 限度額未満 ( _____ 円)		
乳幼児の氏名	_____	生年月日	年 月 日
振込先 ※申請者名義の口座 に限ります。	フリガナ	_____	
	口座名義人	_____	
	金融機関名	銀行・信用組合 農業協同組合	
	支店名	支店・出張所 営業部	
	預金種別	普通 ・ 当座	
	口座番号	_____	