

(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 ㊟

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兼請求書

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、交付決定があったのち、本書をもって請求いたします。

なお、補助要件審査のため、私及び配偶者の町税等の納付状況について調査することに同意します。

記

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		