

年 月 日

高取町長 様

申請(請求)者

住 所

氏 名

印

電話番号

高取町チャイルドシート購入費補助金交付申請書(兼請求書)

高取町チャイルドシート購入費補助金交付要綱第 6 条の規定により、補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請し、請求します。

申 請 者 記 入 欄		
チャイルドシートを使用する乳幼児の氏名		
上記乳幼児の生年月日	年 月 日	
チャイルドシート購入金額	円	
補助金交付申請(請求)額	円	
振込先	金融機関名	
	店 名	
	預金種目	1. 普通 2. 当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	
確認同意欄	<p>私は、高取町チャイルドシート購入費補助金交付申請に必要な事項として、申請(請求)者及びその配偶者の「住民登録」及び「町税及び公課の納入状況」について、当該補助金交付事業の主管課職員が確認することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">申請(請求)者氏名 印</p>	

※ 町記入欄			
住 民 登 録 状 況		納 入 状 況	
確認年月日	確認	確認年月日	確認
年 月 日		年 月 日	

(注)

1. 申請(請求)の際には領収書等、保証書の写し(チャイルドシートの購入日、購入金額、販売店名、品名、製造番号等の記載されたもの)及び保護者の完納証明書を添付してください。
2. 申請(請求)者は、太枠内を記入してください。
3. ※欄は記入しないでください。