

双葉町チャイルドシート等購入補助金
交付申請書及び実績報告書兼請求書

双葉町長様		令和 年 月 日	
申請者	現在お住まいの住所 (避難先住所)	〒□□□-□□□□	
	双葉町の住所	双葉町大字 字	
	フリガナ		
	氏名	ⓐ	
	電話番号	- -	

双葉町チャイルドシート等購入補助金において、次の事項を遵守すること等に同意のうえ、下記により申請及び請求をします。

- 双葉町チャイルドシート等購入補助金の申請は事実に基づいた申請であり、町からの確認事項があれば応じること。
- 双葉町チャイルドシート等購入補助金の申請にあたり、町税の納入状況及び住民票の記載状況等について、町長が確認すること。

記

対象児	住所					
	氏名		生年月日	平成 年 月 日	令和	
チャイルドシート等購入先						
購入品詳細	メーカー名		商品名			
	種類・区分		装置を認可した国の番号			
			装置番号			
	購入日	年 月 日	購入価格 (消費税込)	金	円	
補助金申請額		金 円	補助金額は1台につき購入価格に2分の1を乗じ100円未満の端数は切捨てた額とする。ただし10,000円を上限とする。			
添付書類		①申請者の運転免許証の写し ②購入したことを確認できる領収書等(原本) ③型式指定マークの写真(チャイルドシート全体、及びマークが貼付されている箇所) ④その他町長が必要と認める書類 ※領収書については確認後返却します。				

補助金振込先

金融機関名		支店名等		預金等種目	口座番号								
銀行 農協 金庫 信組		本店 支店 出張所		普通預金 当座預金 その他									
ゆうちょ銀行		記号				-	番号						
口座の名義人		フリガナ											
		氏名											

- 預金等種目は、該当のものを○で囲むこと。
- 債権者本人名義の口座を指定して下さい。
- 預金通帳等のコピーを添付願います。(口座番号・名義人等がわかる部分)

受付印