様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

大野市長　様

申請者（請求者）　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　　名

　　　　 電話番号

大野市チャイルドシート購入費補助金交付申請書兼請求書

　大野市チャイルドシート購入費補助金の交付を受けたいので、大野市チャイルドシート購入費補助金交付要綱第５条の規定により関係書類を添え、下記のとおり申請及び請求します。

　なお、申請に際し、住民基本台帳及び市税の納入状況等、市が有する情報のうち、審査の必要なものについて、市の職員が閲覧することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１　申請額（請求額）　　　　　　　　　　　　　　　　　円

（１００円未満切捨て。上限１０，０００円）

　　　　　　　　　（購入額　　　　　　　円×１/２＝　　　　　　　円）

２　チャイルドシート使用者　　乳幼児氏名

　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　年　　月　　日（年齢　　歳）

３　添付書類

　　・チャイルドシート購入に係る領収書

　　・安全基準に適合していることが確認できる書類

４　振込先金融機関

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 本・支店名 |  |
| 口座種別 | 普通預金・当座預金 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義 |  | | |

　　　　　　　　　　　　　　　（通帳等を確認の上、正確にご記入ください。）