

様式第1号（第4条関係）

塩谷町チャイルドシート購入費助成金 交付申請書

年 月 日

塩谷町長 様

住 所 塩谷町大字  
申請者 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
電話番号 \_\_\_\_\_ ( )

塩谷町チャイルドシート購入費助成金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり申請いたします。

購入品名	チャイルドシート	製品名	
購入金額	金 円	購入年月日	年 月 日
チャイルドシートを 必要とする乳幼児	住 所	塩谷町大字	
	ふりがな 氏 名		
	生年月日	年 月 日 生	
助成金交付申請額		円	
振 込 先	金融機関	本店・支店名	
	フリガナ	口座番号	普通
	口座名義人		当座
			貯蓄

※添付書類

1. 領収書（品名、製品番号等が記載されているもの）
2. 品質保証書等

町税等の調査同意書

私は、塩谷町チャイルドシート購入費助成金の助成要件審査のため、「町税の納付状況」及び「住民登録」について、調査することに同意します。

申請者 \_\_\_\_\_

# 請求書

塩谷町大字玉生 741

塩谷町長 見形 和久 様

平成 年 月 日

金 \_\_\_\_\_ 円

塩谷町チャイルドシート購入費助成金交付要綱の規程により、  
上記金額を請求します。

## ※計算方法

【購入金額 \_\_\_\_\_ 円 ÷ 2 = \_\_\_\_\_ 円 ⇒ \_\_\_\_\_ 円】

上限 20,000 円、100 円未満切り捨て

住 所 \_\_\_\_\_ 塩谷町大字 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印) \_\_\_\_\_