

チャイルドシート購入費補助金交付申請書

年　月　日

幌延町交通安全推進協議会長　様

申請者　住所 _____
　　　　　氏名 _____
　　　　　電話 _____

幌延町交通安全推進協議会チャイルドシート着用促進助成事業実施要領第13条の規定により、次のとおり申請します。

また、本申請におけるチャイルドシート利用乳幼児は、出産祝金支給対象児童に該当しないことを申し出ます。なお、申し出が事実と相違するときは、補助金を返還することを誓約します。

チャイルドシート 購入品名	メーカー名		
	型式・品番		
購入年月日	年　月　日購入	購入店名	
購入金額	円(消費税を含む額)		
補助金交付 申請額	<p>○購入金額 ①：2万円以下の金額 () 円 × 2／3 = () 円 ②：2万円超の金額 () 円 × 1／2 = () 円</p> <p>○補助金額 ③：①+②= () 円</p> <p>※千円未満切捨て。ただし、2万円を限度とする</p>		
チャイルドシート 利用乳幼児名	住 所		
	氏 名		
	生年月日	年　月　日生れ (　歳　か月)	
※協議会記載欄			
補助金交付	交付年月日	年　月　日	担当者印
	交 付 額	円 (商品券 枚)	

【添付書類】

- (1) 領収書（チャイルドシートの購入日、購入金額、品名、製品番号等の記載されたもの）の写し
- (2) 品質保証書その他チャイルドシートが保安基準に適合していることが確認できる書類の写し