

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	<div>○購入金額</div> <div>①：2万円以下の金額（ 円）×2／3＝（ ）円</div> <div>②：2万円超の金額（ 円）×1／2＝（ ）円</div> <div>○補助金額</div> <div>③：①＋②＝（ ）円</div> <div>※千円未満切捨て。ただし、2万円を限度とする</div>			
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