

年 月 日

日高川町長 様

申請者（保護者）

住 所 日高川町

氏 名

㊞

電 話

チャイルドシート購入費助成金交付申請書兼請求書

チャイルドシート購入費助成金の交付を受けたいので、日高川町子育て支援チャイルドシート購入費助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

なお、審査に必要な住所情報及び世帯状況について調査されることに同意します。

購 入 品 目	チャイルドシート		
製品名及び型番			
購 入 金 額	金 円（消費税込）		
購 入 日	年 月 日		
対 象 乳 児	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
交 付 申 請 額	金 円 ※上限10,000円		
振 込 口 座	金 融 機 関	銀行・信用金庫 農協・漁協 労働金庫	
	口 座 種 別	普 通 ・ 当 座 その他（ ）	口 座 番 号
	フリガナ		
	口座名義人		

※添付書類

- 1 領収書（品目（製品）名、購入日、購入店舗名の記載があるもの）
- 2 製造元の品質保証書等（製品名、型番等が確認できるもの）