

勝 央 町 長 様

申請者(保護者)

住 所 _____
 氏 名 _____
 生年月日 _____
 電話番号 _____

勝央町チャイルドシート推進助成金支給申請書

勝央町チャイルドシート推進助成金支給要綱第7条の規定に基づき、次のとおり申請し、及び請求します。なお、勝央町チャイルドシート推進助成金の交付決定に当たり、町長が私の世帯の住民基本台帳及び町税等の納付状況の調査を行うことに同意します。

また、私は、勝央町暴力団排除条例（平成23年勝央町条例第8号）第2条第2号に規定する暴力団員に該当しないことを誓約します。

チャイルドシート	購入日	年 月 日
	国の安全基準への適合 ※○で囲む。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 適合している ・ 適合していない
	購入額	円(税込み)
	購入品名	
チャイルドシートを 必要とする乳幼児	氏 名	
	生年月日(申請時の年齢)	(歳)

(添付書類)

1. 申請者の運転免許証の写し
2. 領収書又はレシート等の写し（購入店舗又は販売事業者、商品名、金額などが確認できるもの）

<助成金の振込先>

銀 行 信用金庫 農 協 支店	口座の 種類	1 普通 2 当座									
	口 座 番 号										
ゆうちょ銀行	記 号	番 号									
口 座 名 義 人 (カ タ カ ナ)											

※口座番号は、左詰めで御記入ください。