様式第1号(第5条関係)

神流町幼児用補助装置購入費補助金交付申請書

年　　月　　日

　　神流町長　　　　様

申請者住所

氏名　　　　　　　　印

電話

　　次のとおり、チャイルドシート購入費補助金の交付を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業等の名称 | | | | 神流町乳幼児補助装置購入費補助事業 |
| 事業等の概要 | | 購入品名 | | チャイルドシート(乳児用・幼児用・児童用) |
| 購入日 | | 年　　月　　日 |
| 購入額 | | | | 円 |
| 補助金交付申請額 | | | | 円 |
| チャイルドシートを必要とする乳幼児 | | | 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 振込先 | 金融機関　　　　　　　　　　銀行・農協  　　　　　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　　　　　店 | | | |
| 普通・当座　　No. | | | |
| (フリガナ)  名義人 | | | |

　町税等の調査閲覧同意書

　　私は、神流町幼児用補助装置購入費補助金申請に必要な事項として「町税納入状況の閲覧」及び「住民基本台帳の写しの閲覧」等について、この事業に携わる係員が調査閲覧することに同意します。

氏名　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住民記録確認 | |  | 納税確認等 | |
| 月　　日 | 確認 | 月　　日 | 確認 |
|  |  |  |  |