

様式第1号（第5条関係）

大台町チャイルドシート購入費補助金交付申請書

年 月 日

大台町長 様

申請者 住 所 大台町
氏 名 番地 ㊦

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。

購 入 品 目		
購 入 年 月 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	生年月日	年 月 日
	住 所	大台町 番地
	氏 名	

第3条の交付要件を満たすかの確認のため、申請者及びその配偶者の下記に示す町債権の納付状況に関し、町において確認することに同意します。

確認を必要とする債権

- ① 町税 ② 介護保険料 ③ 後期高齢者医療保険料 ④ 水道使用料
⑤ 生活排水使用料 ⑥ 町営住宅使用料 ⑦ 給食費 ⑧ 保育料
⑨ その他町の歳入

以下、役場記入欄

上記債権の内、該当するものの納期到来分について

申請者分（ 滞納なし ・ 滞納あり ）

配偶者分（ 滞納なし ・ 滞納あり ）

様式第4号（第7条関係）

大台町チャイルドシート購入費補助金実績報告書兼請求書

年 月 日

大台町長 様

住 所 大台町

氏 名 ㊦

年 月 日付け、 第 号で補助金の交付決定のあったことについて、次のとおり書類を添付して報告及び請求します。

記

- 1 領収書（添付書類）
- 2 品質保証書の写し（添付書類）
- 3 補助金請求金額 金 円

※振込先

金融機関名 銀行・信金・農協 支店

預金種別 普通・当座

口座番号

フリガナ

口座名義人