

中央市チャイルドシート購入助成金交付申請書兼請求書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

中央市長 様

申請者 住 所 中央市臼井阿原301-1  
氏 名 中央 太郎  
電 話 055-274-1111

中央市チャイルドシート購入助成金の交付を受けたいので、中央市チャイルドシート購入助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

1 対象となる幼児

幼児の氏名	中央 花子	性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	年 齢	1 歳

2 購入したチャイルドシート概要

購 入 者	中央 太郎
購 入 年 月 日	令和 5 年 4 月 1 日
購 入 先	〇〇〇〇〇〇
購 入 金 額	〇〇, 〇〇〇 円(消費税及び地方消費税含む。)

※購入日時点の年齢を記載

3 助成金交付申請額

〇〇, 〇〇〇 円	チャイルドシートの購入金額の1/2(100円未満の端数がある場合は切り捨て)又は1万円のいずれか低い額
-----------	---

4 助成金振込先 (振込口座は、必ず申請者名義にしてください。)

金融機関名	〇〇〇〇銀行	本・支店名	本店
預金種別	普通・当座	口座番号	123456
(フリガナ) 口座名義人	チュウオウタロウ 中央 太郎		

5 添付書類

- 領収書又は販売証明書 (購入者の氏名、購入金額、購入日、購入品目、販売店名等が確認できるもの)
- 保証書の写し (購入者の氏名、製品名、製品型番、製造業者、卸売業者、販売店名等が確認できるもの)
- 振込口座の確認ができる通帳等の写し

※注意事項 購入の日から1年を経過した申請は認められません。