

別記様式第1号（第5条関係）

明和町乳幼児用補助装置購入費補助金
交付申請書兼実績報告書

令和 年 月 日

明和町長 あて

申請者 住 所 明和町 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

次のとおり、乳幼児用補助装置購入費補助金の交付申請及び実績報告いたします。

事業等の名称	明和町乳幼児用補助装置購入費補助事業	
購入品名	チャイルドシート（乳児用・幼児用・児童用）	
製品名（型式認定指定番号）		
購 入 日	年 月 日	
総事業費（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 日生
	申請者との関係	
補助金の振込先	金融機関名	()
	支店名	()
	区 分	(普通・当座)
	口座番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	口座名義人(カカナ)	()
添付書類	領収書及び品質保証書	

町税等の調査閲覧同意書

私は、明和町乳幼児用補助装置購入費補助金に必要な事項として「町税納入状況の閲覧」「住民登録の閲覧」について、健康こども課担当係員が調査閲覧することに同意します。

氏名 _____

納 税 確 認	
月 日	確 認

住 民 登 録 確 認	
月 日	確 認