様式第１号（第４条関係）

チャイルドシート等購入費補助金交付申請書

　　　　年　　月　　日

　境港市長　様

申請者　住所　境港市

氏名

電話

　境港市チャイルドシート等購入費補助金交付要綱第４条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 購入品名 |  | | 製品名 | |  | |
| 購入金額  (消費税を含む額) | 金　　　　　　　　　円 | | 購入年月日 | | 年　　 月　　 日購入 | |
| 利用乳幼児名 |  | | 乳幼児の  生年月日 | | 年　　 月　　 日生 | |
| 振込金融機関名  及び支店名 |  | | 口座種別 | | 普通　・　当座 | |
| 口座番号 |  | | フリガナ  口座名義人 | |  | |
|  | |
| ※(市で記入)  補助金額 | 円 | ※(市で記入)  住民登録確認 | | 確認日  令和　　 年　　月　　日 | | 確認者印 |
|  |

【添付書類】

（１）領収書等（チャイルドシート等の購入日、購入金額、販売店名、品名、製品番号等の記載されたもの）

住民登録等の確認同意書

　わたしは、チャイルドシート等購入費補助金の交付の可否の審査にあたり、担当職員が住民登録等関係資料について、確認することに同意します。

　また、境港市暴力団排除条例第２条に規定する暴力団等でないことを確認するため、境港市が鳥取県警察本部等に対し照会を行うことにも同意します。

申請者氏名