様式第１号（第４条関係）

**記入例**

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　**上道町３０００**

申請者は保護者とし、補助金振込先口座名義人と同じにしてください。

氏名　　　　**境港　太郎**

電話　 **０８５９－４７－１２３４**

補助の対象となるのは６歳未満の乳幼児の保護者です。

　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 | **チャイルドシート**または**ジュニアシート** | 製品名 | **領収書、レシート、取扱説明書に記載されている品名** |
| 購入金額(消費税を含む額) | 金　**１０，０００**　円申請の受付期間は購入日から１年です。 | 購入年月日 | 令和**２**年**１２**月**３１**日購入 |
| 利用乳幼児名 | 　**境港　花子** | 乳幼児の生年月日 | 令和**３**年　**１**月**１０**日生 |
| 振込金融機関名及び支店名 | **○○銀行****○○支店** | 口座種別 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 | **１９２８３７４** | フリガナ口座名義人 | 　**サカイミナト　　タロウ** |
| **境 港　 太 郎** |
| ※(市で記入)支店名まで記入してください。通帳がなく、支店名がわからない場合は、口座番号の欄にキャッシュカードに記載されている全ての番号を記載してください。補助金額 | 円 | ※(市で記入)住民登録確認 | 確認日平成　　 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）

申請者と同じ名前を

記入してください。

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　　　**境港　太郎**