様式第1号（第５条関係）

年　　月　　日

毛呂山町チャイルドシート購入費助成金交付申請書兼請求書

毛呂山町長　　あて

申請者(購入者)　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

毛呂山町チャイルドシート購入費助成金交付要綱第５条第１項の規定により、次の事項について確認・同意の上申請します。

☐ 今回対象となる乳幼児について、本制度による助成を受けたことはありません。

☐ 申請内容確認のため毛呂山町住民基本台帳および町民税等の納付状況の調査に対して照会することに同意します。

対象の乳幼児	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	住　所	☐ 申請者と同様(記入不要)　☐ 申請者と異なる(下記に記入)		
チャイルドシート購入費		円(税込)	購入日	年　月　日
助成金交付申請額及び 請求額		※税込購入費×1/2 (100円未満切捨て)　上限10,000円 円		

振込先 金融機関)	銀　行 信用金庫 農　協				支店 本店			普通 当座	
口座番号									
フリガナ									
名義人氏名									

※裏面に必要書類を添付してください

添付書類①

チャイルドシートの領収書等の写し

（チャイルドシートとわかる品名、購入日、購入店名、購入金額の記載があるもの）

添付書類②

チャイルドシートが安全基準に適合していることが確認できる書類の写し。

（・品質保証書
・取扱説明書
・安全基準マークと型番のわかる写真のセット　　いずれか）