(様式第１号)

チャイルドシート購入助成金申請書

年　　月　　日

湯前町社会福祉協議会会長　様

申請者

　　住　　所　湯前町

氏　　名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

下記により、チャイルドシート購入助成金を申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対　象　児 | 氏　名 |  | 男　・　女 |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日生 |
| 住　所 |  |
| 購　入　物　品 | 購入品名 |  |
| 購入金額 |  |
| 助成申請額 | 　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円※購入金額が１万円を超える場合は、上限１万円とする |

【添付書類】

　□チャイルドシート製品名及び購入した日付の記載された領収証の写し

　□運転免許証の写し

　□車検証の写し

　□乳児の生年月日がわかるもの(母子手帳、健康保険証等)

　□通帳の写し

※インターネットやクレジットカードを利用して領収証が出ない場合は、販売証明書の写しやカードの利用明細書の写し、宅配便の受領書の写しなどを添付してください。

※申請期間は、購入してから6か月以内及び、出生後6か月以内です。

チャイルドシール購入費助成事業

振込口座申出書

チャイルドシート購入費助成費ついては、下記口座に振り込んで下さい。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ \*金融機関支 店 名※肥後銀行・球磨地域JA・ゆうちょ銀行のいずれかを選択してご記入ください。 | 肥後　・　球磨地域JA |  | 銀　　行 |
| 支店名 |  | 支　　店 |
| ゆうちょ銀行 | 店名（ふりがな） | 店番 |
|  |  |
| ２　口座番号等 | \* 普通預金\* 当座預金 | 口座番号　　 |
| ３　口座名義 | フリガナ | 　　 |
| 漢字 | 　　 |
| 4　住所 | 〒　　　－　　熊本県 |
| 5　電話番号 | 　　　　　　　　　　－　　　　　　－ |

※　\*印の欄は該当するものに○をご記入ください

令和　　　年　　　月　　　日

申出者氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

社会福祉法人　湯前町社会福祉協議会

会長　 長　谷　和　人　　　　様