

観音寺市チャイルドシート着用推進助成金支給申請書

観音寺市長 宛て

申請者 住所
観音寺市 町 番地

町 丁目 番 号

氏名 ㊟

(Tel - -)

観音寺市自動車幼児用補助装置着用推進助成金支給要綱第5条の規定により、次のとおり助成金の交付を受けたく申請します。

満6歳未満の者の氏名等	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日
チャイルドシートの種類等	型式 (製造メーカー)			
	購入台数			
	購入金額			
	購入年月日			
助成金申請額	円			
添付書類	領収書等			
支払方法	口座振替			
口座名義人 ふりがな氏名				
銀行名等	銀行 信組 信金 農協	普通 当座 支店 貯蓄	口座番号 □ □ □ □ □ □ □ □	