**チャイルドシート購入費助成金支給申請書**

令和　　　年　　　月　　　日

　 　　　　　　　　　　　　〒

申請者　住　所

名　前 　　　　　　　　　　　　　印

電　話

* 申請日において６歳未満の幼児全員を記入してください。
* 対象幼児として申請できるのは１人につき１回限りです。
* 購入日から一年を経過しての申請はできません。
* 購入日以降、申請者の住所が三原市である必要があります。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | 購入金額 |  |
|  | 平成  令和　　 年　　月　　 日 | 該当・非該当 | 円 | 円 |
|  | 平成  令和　　 年　　月　　 日 |  |
|  | 平成  令和　　 年　　月　　 日 |  |
|  | 平成  令和　　 年　　月　　 日 |  |
|  |  |  | 申請金額 | 円 |
|  | | | |  |  |  |

**《振込先》** 申請者と同じ口座名義にしてください。

口座番号　　　　　　口座名義 (ｶﾀｶﾅ)

支店

ん

銀行・信金

農協・信組

普通／当座

注１）裏面にチャイルドシ－ト購入に係る領収書を貼ってください。

注２）領収書紛失の場合，再発行又は裏面に販売業者による証明をもらってください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当確認欄 | 住所要件 | 幼児数要件 |
| 該当　○ |  |  |

|  |
| --- |
| 領収書添付欄  （チャイルドシート購入にかかった領収書を，ここに張り付けてください。） |

　販売業者の方によるチャイルドシ－ト販売証明確認欄

購　入　者

品　　　目

販売年月日

（証明年月日）

年　　月　　日

販売業者

住　所

名　称

印

（代表者　　　　　　　　　　　）

※代表者印の場合は代表者名もご記入ください。

【記入例】

社　印

又は

代表者印

【お問合せ先】三原市保健福祉部子育て支援課　電話0848-67-6045

販売業者の方によるチャイルドシ－ト販売証明確認欄

　 購　入　者 ○○　○○○ 品　　　目 チャイルドシート（○○○○○）

　販売年月日 ○○年○○月○○日

　 ○○，○○○円 　 （証明年月日）

○○年○○月○○日

　　　　　　　　　　販売業者

住　所　○○市○○○丁目○番○号

名　称 株式会社　○○○○○　 　　　　　　　　　　　　　 （代表者　○○○○○　）