

第2号様式（第3条関係）

チャイルドシート購入費補助金請求書

年 月 日			
九度山町長 様			
九度山町チャイルドシート購入費補助金交付要綱第3条に基づいて申請した補助金を下記条件により請求致します。ただし、請求額			
請求金額 _____ 円			
※請求条件 当該申請により補助金が交付決定された場合。			
申請者住所 (請求者)	郵便番号 九度山町大字	電話番号 番地	
ふりがな 申請者氏名 (請求者)	印		
世帯主氏名	(申請者と同じの場合「同上」と記入)	地区名	
ふりがな 幼児の氏名	生年月日	年 月 日 (満 歳)	
購入品名	チャイルドシート (乳児用・幼児用・児童用・乳幼児供用) () 内の該当するものを○で囲む		
購入日	年 月 日		
申請(請求)額			
$\text{購入価格} \text{ 円} \times \frac{1}{2} = \text{申請(請求)額} \text{ 円}$			
※購入価格は消費税及び地方消費税を含む額		※申請(請求)額は15,000円を限度とし100円未満を切捨てた額	
◎申請者はこの欄に記入しないで下さい。 上記購入価格等査定額及び理由			