第１号様式

チャイルドシート購入助成申請書

年　　月　　日

土　佐　町　長　　様

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおりチャイルドシートを購入したので助成してください。

なお、申請要件の確認のため、世帯の住民基本台帳登載情報の照会、町税等の納付状況等の調査を受けることについて、申請者世帯の全員が同意します。

記

使用予定の幼児	氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（又は命名予定氏名） 生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿年　　月　　日（又は事実発生日）
使用予定の自動車	車　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
購　入　物	・チャイルドシート（満６歳未満が使用するシート）
購　入　日	年　　月　　日
添　付　書　類	領収書の写し　・　購入を証明する書類の写し　・　その他