

別記様式（第4条関係）

チャイルドシート購入補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

伊方町長 様

住 所 伊方町

氏 名

㊟

下記のとおり伊方町チャイルドシート購入補助金交付要綱第4条の規定により、補助金の交付を申請します。

申請者氏名	㊟			乳幼児との続柄	
申請者の住所	伊方町	番地	(電話番号 —)		
6歳未満の者 (続柄)	氏名	()	生年月日	年	月 日
	氏名	()	生年月日	年	月 日
	氏名	()	生年月日	年	月 日
補助金交付申請額	円				
品 名	メーカー名 ()	1	ベビーシート		
		2	チャイルドシート		
	商 品 名 ()	3	ジュニアシート		
		4	パワーベスト		
購入業者名					

※補助金は、下記の金融機関への振り込みとなりますので、口座番号をご記入ください。

振込先金融機関名	J A 西 宇 和	伊 予 銀 行	銀 行
支 店 名	支 店	口 座 の 種 類	1 普通 2 当座
口 座 番 号			
口座名義人 (フリガナ)			