

社会福祉法人伊豆市社会福祉協議会チャイルドシート等購入補助金交付申請書

年 月 日

社会福祉法人伊豆市社会福祉協議会長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑨
電話番号
生年月日 S・H . . 生

下記のとおり[チャイルドシート・ジュニアシート・ベビーカー]を購入したので、社会福祉法人伊豆市社会福祉協議会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を申請します。なお、市税、保育料、授業料等の滞納がないことを誓約いたします。

記

1 交付申請額 _____円

2 対象となる幼児の氏名等

ふりがな 氏 名	
生年月日	年 月 日生
保育状態	保育園 ・ こども園 ・ その他 ※該当する状態を○で囲んでください。

3 補助金交付先金融機関

補助金を交付と決定したときは、指定された金融機関への口座振込となりますので下欄を記入してください。

金融機関名		店 名	本店・支店
口座番号		種 別	普通・当座
ふりがな 口座名義			

社協記入欄

会長	事務局長	係長	担当	住 所 確 認	可 ・ 不可
				製品基準確認	可 ・ 不可
				補助金決定額	円

※この申請書に記載していただいた個人情報は、当該事業以外に使用いたしません。