

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申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人伊豆市社会福祉協議会長 様

住所  
申請者 氏名 ⑩  
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	令和 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	次長	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。

# 記入例

## 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申請書

記入日を記載

令和△△年△月△日

社会福祉法人伊豆市社会福祉協議会長 様

記入者情報を記載  
してください。

申請者

住 所 伊豆市八幡33-1

氏 名 伊 豆 太 郎 ⑩

電話番号 0558-〇〇-××××

生年月日 (S)・H ●●. ●. ● 生

下記のとおりチャイルドシートを購入したので、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。

記

担当者にお問い合わせ  
ください。

1 交付申請額 ●,●●● 円

2 対象となる幼児の氏名等

ふりがな	いず はなこ
氏 名	伊 豆 花 子
生年月日	●●年●月●●日生
保育状態	保育園 ・ 幼稚園 ・ その他 ※該当する状態を○で囲んでください。

どちらの金融機関でもかまいません。申請者と同一名義。

3 補助金交付先金融機関

補助金を交付と決定したと 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	次長	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。