

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

大山町長 様

申請者 住 所

氏 名 ⑩

申請者が自署する場合には押印省略可
(連絡先電話番号)

大山町チャイルドシート購入費補助金交付申請書

年度において標記補助金を下記のとおり受けたいので、大山町
チャイルドシート購入費補助金交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添え
て申請します。

記

1. 交付申請額 円

2. 購入品名等

購入品名		製 品 名	
購入金額	金 円	購 入 年 月 日	年 月 日
利用乳児名		乳児の生年月日	年 月 日

3. 添付書類

- ・ チャイルドシート購入に係る領収書
- ・ 品質保証書の写し又はチャイルドシートの製造元、品名等が確認できる書類

様式第1号（第5条関係）

令和7年 4月 10日

大山町長 様

申請者 住 所 大山町御来屋 328

氏 名 ○○ ○○ 印

申請者が自署する場合には押印省略可

(連絡先電話番号)

大山町チャイルドシート購入費補助金交付申請書

年度において標記補助金を下記のとおり受けたいので、大山町チャイルドシート購入費補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1. 交付申請額 円

交付申請額（R7.4.1 申請分から以下の金額）
購入費の2分の1で上限5千円
（100円未満は切捨）

2. 購入品名等

購入品名	チャイルドシート	製 品 名	HG デニムハーネス
購入金額	金 9,700 円	購 入 年 月 日	令和 年 月 日
利用乳児名	○○ ☆☆	乳児の生年月日	令和7年4月1日

1歳未満であること

3. 添付書類

- ・チャイルドシート購入に係る領収書
- ・品質保証書の写し又はチャイルドシートの製造元、品名等が確認できる書類