**チャイルドシート助成金交付申請兼請求書**

　　年　　　月　　　日

社会福祉法人　柳井市社会福祉協議会

会　長　　杉　森　　定　夫　　様

世帯主　住　　所

氏　　名

電話番号

チャイルドシート助成金交付事業の対象世帯に該当しますので、関係書類を添えて下記のとおり申請並びに請求します。

なお、申請する世帯が生活保護法による被保護世帯に該当するかどうかについて調査することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請額 | 円 | | 購入額 | 円 |
| 購入年月 | 年　　　　　月　　　　　日 | | 購入店 |  |
| 対象  となる子 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　　　月　　　　日 |
| 氏名 |  |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 口座種別 | 普通・当座・その他（　　　） | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義人 |  | | |

（添付書類）

□販売店名及び商品名の記載された領収書と保証書

□対象となる子の生年月日が確認できる公的書類（母子手帳・マイナンバーカード等）

□世帯全員の所得課税証明書

□振込先金融機関、支店名、口座番号等が確認できる通帳の写し（世帯主）

|  |
| --- |
| 受付者印 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者世帯区分 | １．被保護世帯　　　　　　　　　　　２．その他 | | |
| 確認年月日 | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | 確認者 | 印 |

以下は記入しないでください