

沼田市チャイルドシート購入費補助金交付申請書

令和 年 月 日

沼田市長 星 野 稔 様

住 所 沼田市 町 番地
申請者 (アパート名)

氏 名

電話

次のとおりチャイルドシート購入費助成金の交付申請をいたします。

なお、本申請をするに当たり、市税等の納付状況の調査に対して同意いたします。

事業等の名称		沼田市チャイルドシート購入費補助事業	
購入品名		チャイルドシート	
製品名 (型式認定・指定番号)			
購入日		年 月 日	
購入額（消費税含）		円	
補助金交付申請額		円	
補助金の対象者 (チャイルドシートを 必要とする乳児)	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	
	申請者との関係		