

直島町チャイルドシート推進助成金について

(1) 対象者

町内に住所があり居住する子ども（チャイルドシート購入時に6歳未満）のいる保護者に対して支給されます。支給は子ども1人に対して2回までです。

(2) 支給額

1回2万円を上限に、購入金額（消費税込み）の2分の1が助成されます。ただし、100円未満の端数は切り捨てされます。

(3) 必要書類

購入後6ヵ月以内に直島町チャイルドシート推進助成金支給申請書及び請求書に領収書・購入商品の分かるカタログを添付してください。

受理後、審査し支給決定通知書を申請者へ送付します。

(4) 記入の仕方

申請書の上から、日付・住所・氏名（保護者）・対象幼児欄・購入内容欄に記入の上、押印して提出してください。

また、請求書は日付と金額欄以外の住所・氏名（申請者）・支払いの方法に記入の上、押印して提出してください。

(5) 支払方法

銀行等の口座に振り込みます。

なお、申請者と口座名義人が同じであるようにお願いします。

(6) 提出先

役場まちづくり観光課、交通係までお願いします。

年 月 日

直島町チャイルドシート推進助成金支給申請書

直 島 町 長 殿

住 所 直島町 番地

氏 名 (保護者) _____ 印

直島町チャイルドシート推進助成金要綱第5条の規定により、次のとおり助成金の支給を申請いたします。

対象幼児	氏 名	
	生年月日	年 月 日
購入内容	種 類 <small>該当するものを○ で囲んで下さい</small>	乳幼児用 ・ 幼児用 ・ ジュニアシート
	金 額	
	購入年月日	年 月 日

(添付書類) 領収書及び商品カタログ等購入内容のわかるもの。

請 求 書

(アラビア数字で記載し、頭書に〒の記号を付し、訂正しないでください。)

金額					十	万	千	百	十	円
----	--	--	--	--	---	---	---	---	---	---

ただし、直島町チャイルドシート推進助成金として

上記の金額を請求します。

年 月 日

直 島 町 長 殿

住 所 香川県香川郡直島町 番地

債権者

(フリガナ)

氏 名

印

支払の方法	口座振替	銀行					(支) 店					現金払	隔地払 (県外送金)	小切手払			
	□	預金種目	当座	普通	口座番号										□	□	□
		(フリガナ) 口座名義															

お
ね
が
い

- 希望する支払の方法の口の箇所にV印を付してください。
- 口座振替払は、預金口座のある金融機関の店舗名、口座番号及び口座名義を記載してください。なお、預金種目欄にあつては、該当する預金種目の口箇所にV印を付してください。
- 現金払は、指定金融機関の店舗名を記載してください。
- 請求者と受領者が委任により異なる場合は、受領権限についての委任状を添付してください。
- 印影届は、現金払の場合に請求印と同じ印（代理受領者にあつては、代理受領者の印）を押してください。
- 請求金額の内訳書は、請求印をもって本書と割印の上、添付してください。

印 影 届