

様式第1号 (第6条)

年 月 日

四街道市長 様

申請者 住所  
氏名  
電話番号

## 四街道市宅配ボックス購入支援事業補助金交付申請書兼請求書

下記のとおり、四街道市宅配ボックス購入支援事業補助金の交付を受けたいので、四街道市宅配ボックス購入支援事業補助金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

## 記

## 1 交付申請額等

交付申請金額 (交付請求額)	金 円 ※「補助対象経費(税抜)」の2分の1(千円未満切捨て) ※上限額 10,000円	
設置場所	申請者住所と同じ	
宅配ボックスを設置した住宅等の所有者及び所有関係 (※該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 申請者が所有している <input type="checkbox"/> 申請者以外に所有者又は共有者がいる(氏名: ) なお、上記の者からは、設置の承諾を受けています。	
購入に要した費用	(1) 宅配ボックス	円(税抜)
	(2) 固定具等	円(税抜)
	計(1)+(2)	円(税抜)
購入日(注文日)	年 月 日	
支払日	年 月 日	
設置日	年 月 日	
宅配ボックスの製造者名・型式等 (※該当するものに☑)	製造者名:	
	型式:	
	<input type="checkbox"/> 収納可能な宅配物のサイズ <input type="checkbox"/> 宅配ボックスの内寸 (縦) cm×(横) cm×(高さ) cm : (計) cm	
添付書類	(1) 補助対象経費に係る領収書(購入者名、購入店、購入日、購入金額及び購入品名が確認できるもの)の写し (2) 宅配ボックス設置後の状況が確認できる写真 ※盗難防止のための固定がなされていることが確認できること (3) その他市長が必要と認める書類	

## 2 申請者及び同一世帯者の氏名

	氏名	フリガナ	生年月日
申請者	氏名		年 月 日
同一世帯者	氏名①		
	氏名②		
	氏名③		
	氏名④		
	氏名⑤		
(※下記事項について確認の上、 <input checked="" type="checkbox"/> してください。)			
<input type="checkbox"/> 本申請の内容審査のため、家族構成及び市税の納税状況について、市の保有する公簿等により確認することについて同意します。			

## 3 補助金の振込先

金融機関	銀行 金庫 組合	本・支店(所)	本店 支店 出張所
預金の種類	1 普通 2 当座	口座番号	.....
(フリガナ)			
口座名義人			

## 4 誓約事項

私は、四街道市宅配ボックス購入支援事業補助金の交付申請に当たり、下記の内容について誓約します。

誓約内容と事実と相違が判明した場合、この補助金の交付が受けられなくなっても異議はありません。

記

- 申請内容に虚偽はありません。
- 四街道市暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員や暴力団員等に該当しません。また、これらに該当しないことを確認するため、必要に応じて市が千葉県警察所轄警察署に照会することを承諾します。
- 補助金の交付後に、交付要件に該当しない事実や不正等が発覚したときは、補助金を返還します。

年 月 日

四街道市長 様

(※自署願います)

申請者 氏 名