

令和 年 月 日

中之条町長 伊能 正夫 様

申請者 住所 中之条町大字  
 氏名 印  
 電話番号  
 生年月日 年 月 日（ 歳）

令和 年度 中之条町自動車誤発進防止装置設置費補助金交付申請及び実績報告書

中之条町自動車誤発進防止装置設置費補助金交付要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請します。なお、下記のとおり補助金を請求いたします。

また、補助金交付の条件である私の住民登録状況・世帯全員の町税及び使用料の納付状況について、町が調査することに同意します。

申請車両	メーカー（ ） 車名（ ）	
	車両番号（ 群馬 ）	
誤発進防止装置の機種名		
誤発進防止装置購入・取付額	円（消費税分を除く）	
請求額	円 ※記入しないでください。	
設置年月日	年 月 日	
補助金振込先	銀行・信組・信金・農協 支店	
	預金種別	普通・当座 口座番号
	フリガナ	
	口座名義	
添付書類	1 自動車運転免許証の写し 2 車検証の写し 3 誤発進防止装置の購入及び取り付けに要した費用に係る領収書の写し 4 誤発進防止装置の概要を示す書類の写し 5 誤発進防止装置の設置写真及びナンバープレートの写真 6 通帳又はキャッシュカードの写し（補助対象者名義のもの） 7 その他町長が必要と認める書類	

※ 当該装置の使用に伴い発生した事故及び損害等について、町はその責任を負いません。

<補助金額の算定根拠> (以下は記入しないでください。)	
<input type="checkbox"/> 設置費用額の2分の1の額	( 円×1/2= 円) (100円未満切捨)
<input type="checkbox"/> 限度額 50,000円	