

鳥取市置き配ボックス設置事業支援補助金交付申請書（兼請求書）

鳥取市長 様

申請（請求）者 住所 鳥取市幸町7-1
氏名 鳥取 太郎 印
電話 0857-30-8082
生年月日 XXX年YY月ZZ日

（自署の場合は押印不要）

鳥取市置き配ボックス設置事業支援補助金について、補助金の交付を受けたいので、鳥取市置き配ボックス設置事業支援補助金交付要綱第8条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。

記

1.補助対象物の情報 (商品名又は型番)	<u>ポスト一体型宅配ボックス (商品番号: 4580696480813)</u>							
2.補助対象額	12,880円 (上限2万円)							
3.補助金交付申請額	6,000円 (上限1万円)							
4.補助対象購入・設置日	購入日	XXX年YY月ZZ日						
	設置日	XXX年YY月ZZ日						
5.補助金の振込先	金融機関名	○△ 銀行 金庫 農協 組合				□× 支店 出張所		
	預金種別	普通預金・当座預金						
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	(フリガナ) 口座名義	トットリ タロウ 鳥取 太郎						
6.添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 領収証の写し及び補助対象経費を確認できる書類 <input checked="" type="checkbox"/> 置き配ボックスの仕様を説明する資料の写し <input checked="" type="checkbox"/> 置き配ボックスの設置状態、固定方法が分かる写真 <input checked="" type="checkbox"/> 本補助金をうけようとする者本人の住民票の写し <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類							
7.国等補助金の活用	<input checked="" type="checkbox"/> なし (予定含む) ※他補助金との併用は不可							
8.市税等納付状況の確認	私は、鳥取市置き配ボックス設置事業支援補助金の交付申請に伴い、私の市税等（市税・国民健康保険料・後期高齢者医療保険料・介護保険料・保育所保育料・下水道使用料・下水道受益者負担金）の納付状況について、鳥取市が確認することに同意します。 氏名 鳥取 太郎 (自署)							

市役所記入欄	交付決定年月日 (請求年月日)	年 月 日	交付決定額	円
--------	--------------------	-------	-------	---