

様式第1号（第6条関係）

朝日村家庭用血圧計購入費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

朝日村長 宛て

申請者兼請求者 住 所 朝日村大字
氏 名
電話番号
世帯主氏名

朝日村家庭用血圧計購入費用助成事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。また、この申請に関し、貴職が私の住民基本台帳及び住民税等を閲覧することに同意します。

※太枠内を記載してください。

購入した血圧計の情報			
支払日	年 月 日	購入店名	
品名・型番		購入金額	(5,000円以上) ① 円
助成金交付申請額 (①×10%) ・上限2,000円・100円未満切上げ			円
確認事項	<input type="checkbox"/> 同一世帯において、過去に本助成を受けていません。		
振込先指定口座（申請者の名義）・提出の際、通帳等で確認させていただくことがあります。			
金融機関名		店舗番号	
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義	(カナ)		
助成決定額 ※この欄は、村で使用します。			円

(添付書類)

上腕カフ式血圧計を購入したことが確認できる書類（領収書等）の原本

・品名が確認できない場合は、取扱説明書の写しを添付

事務担当者確認欄	
住基	税務