

様式第1号（第6条関係）

令和9年2月末日までに申請してください

○年○月○日

山 県 市 長 様

申 請 者

住 所 山 県 市 ○ ○ ○ ○ 番 地

氏 名 山 県 太 郎

電 話 番 号 0 9 0 - × × × × - × × × ×

補助対象経費に相当する額  
で、5千円が上限です

宅配ボックス購入費補助金交付申請書

下記のとおり山県市 宅配ボックス購入費補助金の交付を申請します

記

日中連絡が取れる電話番号  
を記入してください

申 請 額	金 5,000 円 ※上限額 5,000円
宅配ボックス 本体価格	金 7,500 円 (税込み)
設 置 住 所 (住所と異なる場合)	山 県 市 住所と異なる場合に記入
補助対象条件 (□にチェックし てください)	<input checked="" type="checkbox"/> 収納した宅配物が外部から見えない構造である。 <input checked="" type="checkbox"/> 盗難防止のため容易に移動ができないよう対策がされている。 <input checked="" type="checkbox"/> 宅配ボックスは施錠できる構造となっている。
設 置 製 品 名 (分かる範囲内で記入)	メーカー名：(株)△△△△ 商品名：□□□□ 型 番：A00138
設置完了予定日	○年○月○日

令和9年3月31日  
までに設置するよう  
交付請求してくださ  
い