

様式第1号（第6条関係）

幸田町自転車乗車用ヘルメット購入費補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）幸田町長

申請者

住所	
フリガナ	
氏名	
電話番号	() -

幸田町自転車乗車用ヘルメット購入費補助金交付要綱第6条第1項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

ヘルメットを着用する者（補助対象者）			購入した自転車乗車用ヘルメット			
氏名	生年月日 （年齢）	申請者との 関係	メーカー	品名	補助対象経費 （購入費用）	交付申請額
	年 月 日 （満 歳）				円	円
	年 月 日 （満 歳）				円	円
	年 月 日 （満 歳）				円	円
合 計						円

備考 交付申請額の欄には、「補助対象経費×1/2」と「限度額2,000円」を比較して少ない額（10円未満切捨て）を記載してください。

添付書類（※添付ができない場合は、販売店舗の証明を受けること。）

- （1）自転車乗車用ヘルメットの購入に要した費用が確認できる領収書の写し
- （2）購入した自転車乗車用ヘルメットの安全性の認証が確認できる書類の写し

裏面の誓約書兼同意書も記入してください。

店舗記入欄※	上表のとおり、自転車乗車用ヘルメットを販売したことを証明します。 年 月 日 (店舗等所在地) (店舗等名称)
	販売した自転車乗車用ヘルメットに係る安全基準の認定等（✓を入れてください。） <input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> JCF <input type="checkbox"/> CE（EN1078に限る。） <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> CPSC

誓約書兼同意書

下記の内容を読み、□にチェックしてください。

次の事項を確認し、誓約・同意します。

- 本補助金の適用を受ける自転車乗車用ヘルメットは、補助対象者が使用することを目的とし、転売等を目的とするものではありません。
- 販売事業者の選定等は申請者自身が責任を持って行い、ヘルメットの性能等について町が保証、認定等を行っているものではないことを了承します。
- ヘルメット購入後に発生した事故やヘルメットの破損等について、県及び町が一切の責任を負わないことを了承します。
- 補助対象者は、過去に本補助金又は愛知県内の他の自治体において本補助金に相当する給付を受けたことがありません。（ただし、児童生徒等が進学又は転校に伴い、ヘルメットを追加で購入した場合を除く。）
- 本補助金の適用を受ける補助対象経費に対する他の補助金の交付を受けていません。
- 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律に規定する暴力団員、暴力団又はこれらのものと密接な関係を有する者ではありません。
- 本補助金の交付事務に必要な内容に関し、住民基本台帳の閲覧をされることに同意します。
- 本申請により町が入手する個人情報に関し、本補助金の目的の範囲内で使用されることに同意します。
- 上記の事項に反する事実が判明した場合は、交付を受けた補助金を速やかに返還します。

申請者

年 月 日
氏名（自署）_____

事務使用欄	確認欄
(住民課) 幸田町自転車乗車用ヘルメット購入費補助金交付要綱第3条第1項第1号に規定する者であることを確認しました。	