

揖斐川町長

申請者 〒 -

住所 揖斐川町

氏名

生年月日 年 月 日

電話番号

揖斐川町自転車乗車用ヘルメット購入費補助金交付申請書兼請求書

揖斐川町自転車乗車用ヘルメット購入費補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

なお、補助金の交付決定後は、補助金を下記の私の口座に振り込んでください。

購入日	令和 年 月 日			
ヘルメットの使用者	氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	住所	揖斐川町		申請者との続柄
購入するヘルメット	メーカー	品名又は品番	安全基準	
			S G J C F C E G S C P S C その他 () 【認証マーク保証書・現物で確認】	
	購入価格	円	補助金交付申請額	円

※安全基準は、購入したヘルメットの安全基準マークに○を付ける。

※補助金交付申請額：ヘルメットの購入価格×1/2

（上限2,000円。100円未満の端数は、切り捨て）

振込口座	金融機関名	銀行 農協 金庫	支店名	本店・支店
	フリガナ			
	口座名義			
	種別	当座・普通	口座番号	

《添付書類》

- 購入したもの、購入に要する費用が分かる書類（領収書、宛名（使用者の氏名）の記載必須）
- 保証書その他SG基準又はこれに相当すると町長が認める安全基準に適合していることがわかる書類等（現物の提示でも可）

誓約事項

申請に当たり、次の事項を確認し、遵守することを誓約します。

（下記の内容を読んで、□にチェックし、署名してください。）

- 購入したヘルメットを自転車乗車時に必ず着用し（着用させ）、交通ルールを遵守し交通安全に努めます。
- 過去に自転車乗車用ヘルメットの購入について、同補助金の適用及び他の補助金の適用を受けていません。（他の自治体でヘルメット購入補助金の適用を受けていないことを含む）
- 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又は暴力団若しくは暴力団と密接な関係を有する者ではありません。
- 自転車乗車用ヘルメット購入後に発生した事故等について、県及び町が一切の責任を負わないことについて了承します。
- 本申請により町が入手する個人情報に関し、補助金の交付の目的の範囲内で使用されることについて同意します。
- 補助金の交付に必要な内容に関し、町職員が私の住民基本台帳を閲覧することについて了承します。
- 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。

令和 年 月 日

氏名（自署）_____

領収書の写しなどの添付欄

こちらに貼ってください。