

様式第1（その2）（第6条関係）

知立市自転車乗車用ヘルメット購入費補助金
交付申請書兼実績報告書（保護者申請用）

年 月 日

知立市長 様

住 所

申請者 フリ ガナ
氏 名

連絡先

（電話番号） — —

知立市自転車乗車用ヘルメット購入費補助金について、下記のとおり申請します。

記

ヘルメットを着用する者		購入したヘルメット			補助金 交付申請額 ※2
氏名 (申請者との関係)	生年月日	安全基準 ※1	購入 年月日	購入価格 (税込み)	
()	年 月 日 (満 歳)		年 月 日	円	円
()	年 月 日 (満 歳)		年 月 日	円	円
()	年 月 日 (満 歳)		年 月 日	円	円

※1. 安全基準：購入したヘルメットの安全基準を以下から選んで記載してください。

SG、JCF、CE（EN1078）、GS、CPSC

※2. 補助金交付申請額：ヘルメット本体の購入価格×1/2
(10円未満の端数は切り捨て。上限2,000円)

添付書類

- ヘルメットの購入に要した経費の支払手続が完了したことを証する領収書等（ヘルメット着用者の氏名、領収日、領収金額（ヘルメット購入単価がわかるもの）、購入相手方、購入品名がわかるものに限る。）の写し
- その他市長が必要と認める書類（現物又はその写真、保証書や取扱説明書、新品かつ安全認証を確認できる書類（カタログ等の写し）等）

店舗等記入欄：領収書等が添付できない場合、店舗等記入欄に証明を受けてください。

購入店舗 等証明欄	次のとおり安全基準を満たすヘルメットを販売したことを証明します。 1. 着用者の氏名 () 2. 安全基準いずれかに○ (SG、JCF、CE (EN1078)、GS、CPSC) 3. 販売年月日 (年 月 日) 4. ヘルメット本体の販売価格(税込み) (円) (店舗等所在地) (店舗等名称) (取扱担当者氏名、電話番号)
--------------	---

誓約書兼同意書

【誓約・同意事項】 (□に✓を入れてください。)

申請に当たり、次の事項を確認し、遵守することを誓約又は同意します。

- 知立市又は他の自治体で過去に愛知県自転車乗車用ヘルメット着用促進事業費補助金の適用を受けていません。
- 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又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者ではありません。
- 同一の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。
- 購入したヘルメットは新品です。
- 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、県及び市が一切の責任を負わないことについて了承します。
- 申請内容に虚偽があった場合は、市町村に対して補助金を返還します。
- 本申請により市が入手する私とヘルメット着用者の個人情報に関し、本補助金の目的の範囲内で使用されることについて同意します。