

様式第1（その2）（第6条関係）

東郷町自転車乗車用ヘルメット着用促進事業費補助金
交付申請書兼実績報告書（保護者申請用）

令和 年 月 日

東郷町長 様

住 所
ふりがな
氏 名

連 絡 先

東郷町自転車乗車用ヘルメット着用促進事業費補助金について、下記のとおり実績を報告します。

記

補助金交付申請額 ※1		金 円				
1	ヘルメットを着用する者	氏名		生年月日 (年齢)	□昭和 年 月 日 □平成 (満 歳) □令和	
	購入するヘルメット	販売店	メーカー	品名又は品番	安全基準 ※2	価格 円
2	ヘルメットを着用する者	氏名		生年月日 (年齢)	□昭和 年 月 日 □平成 (満 歳) □令和	
	購入するヘルメット	販売店	メーカー	品名又は品番	安全基準 ※2	価格 円

誓約事項（□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します。

- 過去に補助金又は他自治体における同様の趣旨の補助の適用を受けていないこと。
- 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ないこと。
- 同一の補助対象経費に対する同様の趣旨の他の補助の適用を受けていないこと。
- 購入したヘルメットは新品であること。
- 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、県及び市町村が一切の責任を負わないことについて了承したこと。
- 申請内容に虚偽があった場合は、町に対して補助金を返還すること。
- 町内に住所を有することを証する住民基本台帳の登録状況を照会することについて同意すること。

※ 町は、調査した情報をこの申請以外に利用することはありません。

令和 年 月 日

氏名（自署）

- ※1 補助金額請求額 ヘルメットの購入価格×1/2（10円未満の端数は切り捨て）
（補助上限額 2,000円。町内で購入した場合は、補助上限額 500円加算する。）
「ヘルメットの購入価格×1/2（10円未満切り捨て）」と「補助上限額」のうち少ない方の額
- ※2 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
上記に類する認証等を受けたマーク等が付されたものは、その他と記載してください。

添付書類

- (1)領収書（購入日及び金額並びにヘルメットを購入した旨が記載されていること）
- (2)ヘルメットの写真
- (3)その他町長が必要とする書類