

大口町自転車乗車用ヘルメット購入費補助金交付申請書兼誓約書（本人申請用）

令和 年 月 日

大口町長 鈴木雅博 様

申請者 住 所

フリガナ

氏 名

生年月日 年 月 日（満 歳）

電話番号 （ ）

大口町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

ヘルメットの使用者		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
購入したヘルメット	メーカー	
	品名又は品番	
	安全基準	SG・JCF・CE・GS・CPSC・ その他（ ）
	購入金額	円
補助金交付申請額 ※		円

※ 補助金交付申請額 ヘルメット購入費用×2分の1（10円未満の端数切捨て）
上限 2,000円

添付書類

- ヘルメットの購入に要した費用の支払いが確認できる書類（領収書の写し等）
- ヘルメットが安全基準に適合していることを確認できる書類の写し又は購入したヘルメットの提示（又は、認証シールが貼られたヘルメットの提示）
- その他町長が必要と認める必要な書類

ヘルメット確認者（ ）

【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（他の自治体で、愛知県との協調による同補助金の適用を受けていないことを含む。）
- 購入したヘルメットは新品であり、中古品や未使用品ではありません。
- 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。
- ヘルメット購入後に発生した事故等について、愛知県及び大口町が一切の責任を負わない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。

【同意事項】（□に✓を入れてください）

次の事項を確認し、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ついて了承します。
- 本補助金の交付事務に必要な内容に関し、住民基本台帳を閲覧することについて了承します。

令和 年 月 日

氏名（自署）
