

稲沢市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

令和 年 月 日

稲沢市長 殿

住 所	〒 稲沢市
フリガナ	
氏 名	
電話番号	() -

※ヘルメット使用者が7歳～18歳の方であって、未成年の場合又はヘルメットの購入費を保護者の方が負担した場合は、保護者の方の氏名を記入してください。

稲沢市自転車乗車用ヘルメット着用促進事業費補助金交付要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

購 入 日	令和 年 月 日			
ヘルメット 使用者 ※申請者以外の 場合に記入	フリ ガナ		生年 月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)
	氏名		続柄	
補助対象経費 (購入費用)	金 円 (1個分)			
補助金交付 申請額※	金 円			

※補助対象経費×1/2と2,000円を比較して少ない額(100円未満切り捨て)

添付書類等

- (1) 代金の支払い手続きが完了したことを証する書類(領収書等の写し)
- (2) 補助金の振込先口座に係る通帳の写し
- (3) ヘルメット使用者の本人確認ができるもの(健康保険証等の写し)
- (4) その他市長が必要と認める書類

裏面につづく

(表面)

誓約書

誓約事項（□に✓を入れてください）

次の事項を確認し、遵守することを誓約します。

- 一 通学用のヘルメットとして購入したものでないこと
- 二 ヘルメットの使用者は本人であること
- 三 購入したヘルメットは新品であること
- 四 当該ヘルメットを着用する者について過去に同補助金の適用を受けていないこと（他の自治体で、愛知県との協調による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）
- 五 稲沢市暴力団排除条例に規定する暴力団員でないこと又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有しているものでないこと
- 六 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ないこと
- 七 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、県及び市が一切の責任を負わないことについて了承したこと
- 八 申請内容に虚偽があった場合は、市に対して補助金を返還すること

販売業者記入欄

※販売店ご担当者様をご記入ください

安全認証の種類	SGマーク・JCFマーク・CEマーク(EN1078)・GSマーク・CPSCマーク・その他（ ）
ヘルメットの種類	<input type="checkbox"/> 市内の学校で指定されている通学用のヘルメットではないものを販売したことを証明します。

※上段は該当するものに○印をつけて下さい。

※下段は通学用ヘルメットとして販売していなければ□にチェックをして下さい。

販売業者の名称

所在地

名称

代表者又は店長

若しくは売場責任者名

電話番号

Ⓜ

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 とする。

(裏面)