

様式第1号（第6条関係）

（表面）

年 月 日

大治町長 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	（ ） —

大治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
 大治町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

適合安全認証 □にレ点をつけてください	<input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> JCF <input type="checkbox"/> CE (EN1078) <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> CPSC <input type="checkbox"/> その他	
購入価格	円（税込）	
補助金申請（請求）額	円	
購入年月日	年 月 日	
ヘルメット使用者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	
	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日（満 歳）

※補助金申請（請求）額：ヘルメットの購入価格×1/2
 （上限2,000円。10円未満の端数は切り捨て）

添付書類

- 代金の支払手続きが完了したことを証する書類（領収書の写し等）
- 当該ヘルメットが安全基準に関する認証等を受けていることが分かる保証書、取扱説明書、カタログ等の書類の写し（用意することができない場合は、現物を提示して確認を受けること。）
- その他町長が必要と認める書類

(裏面)
誓約書

誓約事項 (□にレ点を付してください)

次の事項を確認し、遵守することを誓約します。

<input type="checkbox"/>	大治町暴力団排除条例（平成23年条例第15号）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している者でないこと。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	愛知県内の他市町村で、同種の補助金の交付を受けていないこと。
<input type="checkbox"/>	補助金の交付を受けたヘルメット着用中の交通事故における、ヘルメットに起因する問題等について、町及び愛知県が一切の責任を負わないことについて了承すること。
<input type="checkbox"/>	購入したヘルメットは新品であること。
<input type="checkbox"/>	自転車乗車中は、ヘルメットを正しく着用し、交通ルールを遵守し、安全利用に努めること。
<input type="checkbox"/>	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。

補助金の交付申請の審査のため、住民票について、町担当職員が公簿等により確認することについて同意します。

氏名 _____

申請者が未成年者の場合の保護者同意について
(保護者が申請者の場合は、記入は不要です。)

申請者が補助金の交付を申請することについて同意します。

保護者氏名 _____