

阿波市自転車ヘルメット着用促進事業費補助金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

阿波市長 殿

申請者 (請求者)

住 所	阿波市
氏 名	(自署)
電 話	

保護者等同意欄

上記の者の申請に同意します。

住 所	阿波市
氏 名	(自署)
電 話	

阿波市自転車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 (請求) します。

記

ヘルメットの 使用者	氏名		生年月日		申請者との関係
	T・S・H		年 月 日		
購入した ヘルメット	メーカー・品名		安全基準 ※1	購入年月日	購入価格 ※2
			R	年 月 日	円
補助金申請 (請求) 額 ※3					円

※1安全基準 : SG、JCF、CE、GS、CPSC等を記載する。

※2購入価格 : ヘルメット本体の税込価格とし、送料等他の費用は含まない。

※3補助金申請 (請求) 額 : ヘルメット購入額の1/2 (100円未満の端数切捨て)
上限は3,000円とする。

【補助金振込先】 ※補助対象者が高校生世代の場合、保護者等への振り込みを基本とします。

金融機関名		店名	本店・支店 出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

【添付又は提示する書類】 ※準備ができた書類に✓を入れてください。

- ヘルメットの購入に要した経費の領収書等 (写しの添付)
- 安全基準の認証確認ができる書類 (写しの添付又は提示)
- 申請者本人の振込先口座が確認できる通帳 (写しの添付又は提示)
- その他必要な書類等 (添付又は提示)

【裏面の同意書兼誓約書も必ず記載してください。】

【アンケートに御協力ください。】

○本補助金は、自転車ヘルメットを購入するきっかけとなった。〔はい・いいえ〕

同意書兼誓約書

阿波市自転車ヘルメット着用促進事業費補助金の申請に当たり、次の事項について誓約します。

- ◎ 下記の内容について、了承される場合、□に✓を入れてください。
- 私は、本補助金の補助対象者（高齢者及び高校生世代）で間違いありません。
 - 購入した自転車乗車用ヘルメットは、新品かつ安全基準を満たしたもので間違いありません。
 - ヘルメット使用者が着用するもので、転売や譲渡等を目的としたものではありません。
 - 過去に、この補助金及び他の自治体から同様の購入補助を受けていません。
 - 申請者、ヘルメット使用者ともに阿波市暴力団排除条例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はありません。
 - 本補助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。
 - 本補助に係るヘルメット購入後に発生した事故等について、徳島県及び阿波市は一切の責任を負わないことを了承します。
 - 申請書類の不備等の事由により審査が完了せず、申請期限までに提出がない場合又は連絡・確認ができない場合には、申請を取り下げたものとみなすことを了承します。
 - 申請に虚偽又は不正があった場合は、補助金を速やかに返還するとともに、法的措置が検討されることを了承します。

令和 年 月 日

阿波市長 殿

住 所	阿波市
申請者 氏 名	(自署)
保護者等 氏 名	(自署)

※申請者が未成年の場合、保護者等氏名も記載ください。

※領収書等が添付できない場合は、次のとおり証明を受けてください。

【店舗等記入欄】

購入店舗等 証明欄	メーカー、品名、安全基準、購入年月日及び購入価格について、表面の申請書兼請求書に記載のある自転車ヘルメットを販売したことを証明します。 証明日 令和 年 月 日
	(店舗等所在地) (店舗等名称)