

(表)

第1号様式 (第6条関係)

(その2)

清須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 (保護者申請用)

年 月 日

清須市長 様

住 所
フリガナ
氏 名
連絡先

清須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条の規定により、
下記のとおり申請します。

記

ヘルメットを着用する者						
整理 番号	氏名		生年月日		申請者との 関係	
1			年 月 日 (満 歳)			
2			年 月 日 (満 歳)			
3			年 月 日 (満 歳)			
4			年 月 日 (満 歳)			
購入したヘルメット						
整理 番号	メーカー	品名又は品番	安全 基準*	購入 年月日	購入価格	補助金 交付申請額
1				年 月 日	円	円
2				年 月 日	円	円
3				年 月 日	円	円
4				年 月 日	円	円

※補助金の額：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)

(*) 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、GS、CPSC

(裏)

【誓約事項及び同意事項】 次の内容を読んで、□にチェックを入れてください。

○次の事項を確認し、遵守することを誓約します。

- 補助金の対象となる児童生徒等は、過去に本補助金の交付を受けていません（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。）。
- 市税の滞納はありません。
- 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。
- 同一のヘルメットに対して他の補助金の交付はを受けていません。
- 購入したヘルメットは新品です。

○次の事項を確認し、同意します。

- 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、愛知県及び市が一切の責任を負わないことについて了承します。
- 本申請により市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。
- 申請内容に虚偽があった場合は、交付を受けた補助金を速やかに返還します。

添付書類

- (1) 代金の額及び支払い手続きが完了したことを証するもの（領収書の写し等）
- (2) 安全基準に適合していることが確認できるもの
- (3) その他市長が必要と認めるもの