年　　月　　日

**美浜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**

美浜町長　様

〒

申請者　住　　所

フリガナ

氏　　名

電話番号

※補助対象者（ヘルメットを着用する者）が未成年者の

場合は、その保護者を申請者とすること

　美浜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の規定に基づき、裏面のとおり宣誓の上、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ヘルメットを着用する者 | 購入したヘルメット | 補助金交付申請額(※2) |
| 氏名 | 生年月日（年齢） | 申請者との関係 | 安全基準(※1) | 購入年月日 | 購入価格 |
|  | 年　月　日(満　 歳) |  |  | 年 月　日 | 円 | 円 |
|  | 年　月　日(満　 歳) |  |  | 年 月　日 | 円 | 円 |

※1　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

※2 補助金交付申請額：ヘルメット購入価格×1/2

（上限2,000円。10円未満の端数は切り捨て）

添付書類

1. 下記に示す内容が記載された領収書等の写し

・申請者又はヘルメット着用者の氏名

・領収日

・購入販売店名

・領収金額（ヘルメットの価格がわかるもの）

・購入品名（「ヘルメット代」等ヘルメットの購入がわかるもの）

　　　※ヘルメット代のみの領収書等が出ない場合は、ヘルメット代がわかる購入明細書等の書類も添付すること

1. ヘルメット全体及び安全基準の確認が可能な写真

　　　※写真の提出が困難な場合、現物の提示による証明も可

（３）その他町長が必要と認める書類

**誓約書**

【誓約事項】

次の事項を確認し、遵守することを誓約します。（□に✔を入れてください）

□　町税の滞納がないこと。

□　転売を目的としたヘルメットの購入でないこと。

□　ヘルメットを個人の用途に供すること。

□　購入するヘルメットは、自転車乗車時に着用し、交通事故の衝撃及び

転倒から頭部を保護する目的で製造され、認証等を受けたものである

こと。

□　購入するヘルメットが新品であること（未使用品を含む中古品は補助

対象外。）

* 当該ヘルメットを着用する者について、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ないこと（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）（未成年者の場合は保護者を除く。）

□　暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第77

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。

□　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。

□　ヘルメット購入後に発生した事故等について、県及び町が一切の責任

を負わないことについて了承したこと。

□　本申請により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すること。

□　本補助金の交付事務に必要な内容に関し、住民基本台帳、税情報を閲

覧することについて了承すること。

|  |
| --- |
| 　　　　　年　　月　　日氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　 |

□　誓約事項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。