

様式第1号（第6条関係）

豊川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請求書

令和 年 月 日

豊川市長 殿

申請者 (請求者)	郵便(〒)	—		電話	— —	
	住所	豊川市				
	氏名		氏		名	
		ふりがな				
漢字						

豊川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（請求）します。

記

ヘルメットを着用する者			購入したヘルメット					
氏名 (氏) (名)	生年月日 (年齢)	申請者 (請求者) との関係	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 (請求)額
	S・H・R 年 月 日 (満 歳)					R 年 月 日	円	円
	S・H・R 年 月 日 (満 歳)					R 年 月 日	円	円
補助金交付申請（請求）額 合計								円

※補助金交付申請額（請求）額：ヘルメットの購入価格×1/2

（上限2,000円。100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（EN1078）、GS、CPSC

補助金振込先	金融機関名				店名	本店・支店 出張所		
	金融機関コード				支店コード			
	預金種別	普通預金			口座番号			
	フリガナ	セイ			メイ			
	口座名義人							

必要書類

- 領収書等の写し
- 着用する者の氏名、住所、生年月日が確認できる身分証明書の提示
- 振込先が確認できる通帳等の提示（申請者と同一の名義に限ります）
- その他市長が必要と認める書類

【裏面の誓約事項もご記入ください】

誓約事項（□に✓を入れてください）

申請に当たり、次の事項を確認し、及び遵守することを誓約します。

- 過去にこの補助金を受給していないこと。
- 過去に他の自治体で、ヘルメットの購入に係る補助金（愛知県による補助の適用を受けたものに限る）を受給していないこと。
- 豊川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ないこと。
- ヘルメットの購入に関し本市の他の補助金の交付を受けていないこと。
- 購入したヘルメットは新品であること。
- 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、県及び市が一切の責任を負わないことについて了承すること。
- 申請内容に虚偽があった場合は、補助金を返還すること。

店舗等記入欄：領収書等が添付できない場合は、下記のとおり証明を受けてください。

購入店舗 等証明欄	メーカー、品名又は品番、購入年月日、購入価格については、表面の申請書請求書記載のとおり、安全基準*を満たすヘルメットを販売したことを証明します。
	証明日 年 月 日
	(店舗等所在地)
	(店舗等名称)